



**Comportamentos de risco em adolescentes portugueses:
variações em função da região e do comportamento sexual**

Dissertação realizada no âmbito do
Mestrado em Temas de Psicologia
Área de especialização de
Consulta Psicológica de Jovens e Adultos

Orientador: Joaquim Luís Coimbra
Marta Morais Barbedo de Magalhães

Porto, Maio de 2009

Resumo

A prevalência de comportamentos de risco no período da adolescência e a emergência de problemas como o Vírus da Imunodeficiência Humana (VIH) enfatizam a importância de tentar perceber estes fenómenos, constituindo-se como objecto deste estudo. O principal objectivo deste estudo é perceber se existem diferenças por um lado, entre os alunos portugueses do 10º ano da Região do Norte e do resto do país e, por outro, entre os que já iniciaram a actividade sexual e os que ainda não iniciaram no que concerne a vivência da sexualidade, os conhecimentos e atitudes no âmbito do VIH/SIDA, o consumo de álcool, ao *bullying* e a adaptação ao contexto escolar. Para atingir o objectivo proposto, utilizou-se uma amostra parcial (1581 alunos de cinco regiões portuguesas) do Estudo HBSC/ OMS (*Health Behaviour in School-aged Children*) referente ao ano de 2002. Os resultados obtidos indicam que é apenas uma minoria de alunos que se envolve em comportamentos de risco e que os conhecimentos e atitudes em relação ao VIH são francamente positivos. Em relação às hipóteses formuladas, os alunos do Norte (em comparação com os do resto do país) parecem iniciar a actividade sexual mais tarde, apresentar menos comportamentos de risco e revelar uma maior adaptação escolar. Um dado interessante é que os alunos do Norte se apoiam mais frequentemente na religião para se informarem sobre SIDA e denotam conhecimentos menos sólidos sobre VIH/SIDA. Os alunos que ainda não tiveram relações sexuais parecem apresentar menos comportamentos de risco e uma melhor adaptação escolar. Os alunos que já iniciaram a actividade sexual referem sentir-se mais confortáveis para comunicar/negociar com o parceiro e recorrer a fontes de informação presenciais. Curiosamente, revelam mais conhecimentos sobre VIH/SIDA e ligeiramente mais preconceitos. O presente estudo termina com a discussão dos resultados, a reflexão sobre as limitações encontradas e com algumas pistas para a intervenção na promoção dos comportamentos de saúde dos jovens.

Abstract

Adolescent risk behaviours prevalence and the Human Immunodeficiency Virus (HIV) emergency justify the importance of understanding these phenomena, this study object. The main aim of present research is to understand whether there are differences between Portuguese 10th grade students from North Region and from remaining country regions and, on the other hand, between those who have already had sexual intercourse and those who haven't in what regards sexual domain lived experiences, HIV knowledge and attitudes, alcohol use, bullying and school context adjustment. In order to reach the proposed aim a partial sample (1581 students from five Portuguese regions) from HBSC/ OMS 2002 study (*Health Behaviour in School-aged Children*) was used. According to results, only a students minority get involved in risk behaviours, and HIV knowledge and attitudes are, undoubly, positive. In what concerns the formulated hypothesis, North Region students (comparing with other country regions) seem to initiate sexual intercourse later, show less risk behaviours and tend to demonstrate a better school adjustment. An interesting finding was that among North students religion sources to obtain HIV and sexuality information's is more frequent, and show less HIV knowledge. Students who have not yet sexual intercourse seem to present less risk behaviours and a better school adjustment. Those who have already sexual intercourse experiences feel more comfortable to communicate/negotiate with their partners and to make use of "face-to-face" information sources. Curiously, tend to have more HIV knowledge and express slightly less prejudice. The present study ends with results discussion, analysis of its shortcomings, and with some intervention proposals in order to poster young health behaviours promotion.

Résumé

L'incidence de comportements de risque pendant l'adolescence et l'émergence de problèmes tels que le Virus de l'Immunodéficience Humaine (VIH) souligne l'importance de la recherche de ces phénomènes. Le principal objectif de cet investigation c'est de comprendre s'il y a une différence, d'un côté entre les élèves portugais de la 10^{ème} année, habitant la région nord et ceux qui habitent les autres régions du pays et, de l'autre côté, entre ceux qui ont déjà initié l'activité sexuelle et ceux qui ne l'ont pas encore commencée, sur leurs connaissances et posture autour du VIH/SIDA, de l'abus d'alcool, du bullying et de l'adaptation au contexte de l'école. Pour atteindre l'objectif prétendu, on a utilisé un échantillon partiel (158 élèves de cinq régions portugaises) de l'étude HBSC/OMS (Health Behavior in School-aged Children) rapporté à l'année de 2002. Les résultats obtenus indiquent que seulement une minorité d'élèves a des comportements de risque et que la connaissance et posture envers le VIH sont vraiment favorables. En ce qui concerne les hypothèses formulées, les élèves du nord (comparativement aux autres) semblent initier leur activité sexuelle plus tard, ont moins de comportements de risque et présentent une plus grande adaptation à l'école. Une question sensible c'est que les élèves du Nord semblent obtenir plus souvent, dans le contexte de la religion, les informations sur le SIDA et révèlent des connaissances moins solides en ce qui concerne le VIH/SIDA. Les élèves qui n'ont pas encore des relations sexuelles paraissent avoir moins de comportements de risque et une meilleure adaptation à l'école. Les élèves qui ont déjà des relations sexuelles disent qu'ils se sentent plus confortables pour communiquer/faire des négociations avec leur pairs et appellent à des sources d'information préétablies. Curieusement, ils révèlent plus de connaissances au tour du VIH/SIDA et un peu plus de préjugés. La présente étude termine avec la discussion des résultats, la réflexion sur les limitations trouvées et quelques chemins pour l'intervention sur la divulgation des comportements de santé des jeunes.

Agradecimentos

A realização deste trabalho assenta numa lógica de co-construção sendo por isso inprencindível agradecer a todos os que, em geral, contribuíram para que fosse possível alcançar este resultado final e em particular às seguintes pessoas:

Ao meu orientador, Professor Doutor Joaquim Coimbra, pela sapiência, pelo permanente apoio e incentivo e sobretudo pela naturalidade com que “transforma” o abstracto em concreto e pelo respeito genuíno demonstrado a cada proposta, a cada passo.

À Professora Doutora Margarida Gaspar de Matos, pela autorização da utilização dos dados do HBSC, pela sua infinita capacidade de estar sempre presente e disponível, pela confiança, por tornar tudo possível.

Aos meus revisores, Pai e Mãe, Sónia, Carolina, Professora Filomena Póvoa pelo alcance da visão que me proporcionaram, pela ajuda fulcral.

Às colegas e amigas, Sónia, Carolina, Cláudia, Mariana, Joana, Inês e Marlene pela solidez da amizade, por acreditarem e incetivarem este meu percurso, pela paciência inesgotável e pelo desejo de ajudar. À Cristina, pela forma como “arquitectou” a logística, pela preocupação e carinho com que me apoiou.

Ao Carlos, pelo amor, por crescer comigo pessoal e profissionalmente.

Aos meus pais e irmão pelo amor, pela admiração, essencialmente pelo modelo que são para mim e pelo que conseguem ver em mim.

Porto, 27 de Maio de 2009

Marta Morais Barbedo

Introdução	1
Capítulo I. O desenvolvimento do conceito de sexualidade na confluência das competências interpessoais e dos problemas emergentes (VIH e outras IST)	4
1. O conceito de Sexualidade como expressão de afecto em contexto cultural	5
1.1. A evolução do conceito de sexualidade	5
1.2. Convergências e divergências na expressão da sexualidade no mundo	6
2. VIH, IST e Métodos Contraceptivos: Informação, Negociação e Auto-Eficácia	9
2.1. A evolução do Vírus da Imunodeficiência Humana (VIH)	9
2.2 Assimetrias de poder e variáveis psicológicas no uso de preservativo. Propostas de intervenção	8
Capítulo II – Comportamentos de risco e contexto escolar: fenómenos isolados e emparelhados. O papel da religião	15
1. Violência entre pares – <i>Bullying</i>	16
2. Consumo de álcool	19
3. Contexto escolar	20
4. Associação entre comportamentos de risco, a iniciação sexual precoce como factor de risco e a religiosidade como factor de protecção	22
Capítulo III – O contexto cultural português	28
1. Contexto escolar, sexualidade, consumos e violência em Portugal: sub-culturas regionais?	29
Capítulo IV – Estudo empírico: conhecimentos, atitudes e comportamentos de risco nos jovens Portugueses do 10º ano segundo a iniciação sexual e a Região do país.	32
1. Introdução	33
2. Método	34
2.1 Participantes	34
2.2 Medida e recolha de dados	34
2.2.1. Instrumento de medida	34
2.2.2 Recolha de dados	36
2.3 Análise dos dados	36
3. Resultados	36
3.1. Estatística descritiva	36
3.2 Resultados relativos às questões de investigação	38
4. Discussão	44
5. Conclusão e implicações para futuras investigações	50
Referências Bibliográficas	52
Anexos	
Anexo I – Síntese das questões retiradas do questionário do Estudo HBSC	
Anexo II – Resultados – Estatística descritiva	

Introdução

Vivemos em sociedades de risco (Beck, 1992). A complexidade cultural e política do mundo em que vivemos, o imparável desenvolvimento da tecnociência e a diferenciação individualizadora a que os processos de socialização hegemónicos têm dado origem, tiveram, entre outros efeitos, a elevação das expectativas de qualidade de vida, por parte dos cidadãos, que evoluem a par das preocupações, pressões e prescrições sociais e políticas. Por razões compreensíveis, o risco acabou por tornar-se numa “pedra de toque da relação” entre gerações mais velhas no seu papel de preparação das mais jovens para o futuro.

A associação entre comportamentos de risco, frequente na revisão da literatura, reveste-se de alguma complexidade, podendo esquematizar-se entre vários domínios da saúde dos adolescentes. Do vasto conjunto de variáveis e comportamentos susceptíveis de serem objecto deste estudo optou-se por escolher quatro dimensões que consideramos preponderantes na actualidade. Dessas, duas são comportamentos de risco (*bullying*/violência entre pares e consumo de álcool), uma pode originar comportamentos de risco (sexualidade) e, por último mas não menos importante, um dos contextos-chave no desenvolvimento do adolescente e na manifestação dos comportamentos de risco, o escolar.

Não obstante o facto de haver quem considere que o VIH/SIDA está “fora de moda” e independentemente de existir um grande número de estudos que se debruçam sobre esta área, em Portugal existem aproximadamente 30 mil casos de VIH, sendo que a maioria das pessoas infectadas pertence à faixa etária dos 15 aos 49 anos de idade (UNAIDS, 2008), o que reforça a importância de continuar a estudar o fenómeno. Será essa uma das razões que leva à inclusão dos jovens na selecção dos grupos mais expostos à infecção, tornando-se, igualmente, premente perceber que variáveis podem mediar os comportamentos, conhecimentos e atitudes dos mesmos, no que respeita às formas de transmissão e à empatia pelas pessoas portadoras do vírus.

No entanto não é possível reflectir sobre Infecções Sexualmente Transmissíveis (IST) sem abordar um território fundamental na nossa vida, mas que para ser vivido em plenitude e com segurança implica informação, educação e sobretudo comunicação: a sexualidade. Principalmente perante a “miséria simbólica” com que nos deparamos na sociedade contemporânea, em que a balança tende para

a componente produtiva e aniquila a esfera simbólica da nossa existência (Coimbra & Menezes, 2009), tentamos reflectir sobre o significado da iniciação sexual precoce e do seu impacto na adopção de comportamentos de risco.

Nos meandros da violência, o *bullying*, violência entre pares, tem ostentado um crescente patamar de relevo na sociedade actual. Em contraste com uma sexualidade salutar, o *bullying* constitui-se como ameaça ao bem-estar físico e psicológico dos adolescentes. Será que os jovens com uma baixa assertividade sexual (fraca capacidade de negociação), baixos níveis de conhecimento sobre formas de transmissão do VIH e atitudes estereotipadas negativas em relação aos indivíduos infectados com VIH são os mesmos que agridem os seus pares?

E como é crítico falar em comportamentos de risco sem frisar uma quota-parte dos consumos de substâncias, elegeu-se o uso de álcool como representante do grupo dos mesmos. Finalmente, tendo em conta o contexto onde o *bullying* ocorre mais frequentemente (a escola) porque não perceber como se sentem os alunos nas escolas e se o grau de satisfação de cada um se pode relacionar com alguma das dimensões anteriores? Os jovens com problemas de aprendizagem ou baixo aproveitamento escolar têm maior probabilidade de iniciar a actividade sexual mais precocemente (Committee on Psychosocial Aspects of Child and Family Health and Committee on Adolescence, 2001).

A iniciação sexual e a região do país foram eleitas como possíveis variáveis que influenciam toda esta dinâmica de comportamentos. A religião emergiu também como provável pilar de sustentação das diferenças encontradas.

Foram utilizados dados do estudo *Health Behaviour in School-aged Children* (HBSC/OMS) referentes ao ano de 2002 pela sua riqueza e representatividade nacional e em particular os dados alusivos aos alunos do 10º ano que, porventura, serão mais experientes e consistentes nas atitudes e comportamentos. À medida que os adolescentes se tornam mais velhos, vai aumentando a probabilidade de se envolverem em actividades sexuais e comportamentos de risco capazes de gerar uma maior excitação (Goh, Primavera & Bartalini, 2001). Para além disso, a maioria dos adolescentes que se encontra sensivelmente a meio deste período tem a capacidade cognitiva da tomada de decisão eficaz (Chambers & Rew, 2003). De referir que embora o HBSC 2006 já tenha sido divulgado, ainda não é possível utilizar esses dados. Em suma, a amostra não é recente, mas não se trata de todo de uma replicação de informações existentes, e sim de uma nova perspectiva sobre novos

dados, aspirando delinear um estudo quantitativo sem descurar as componentes cognitiva, sócio-cultural e emocional que constroem e influenciam a maioria dos nossos comportamentos.

O presente trabalho assenta em cinco eixos estruturantes:

Capítulo I – O desenvolvimento do conceito de sexualidade na confluência das competências interpessoais relevantes no âmbito da saúde sexual e reprodutiva e decorrentes dos problemas emergentes (VIH e outras IST)

Capítulo II – Caracterização de dois comportamentos de risco - consumo de álcool e violência entre pares - e do contexto escolar. Perspectiva dos fenómenos isolados e emparelhados. Factores de risco e de protecção: a iniciação sexual precoce e a religião.

Capítulo III – Reflexão sobre os comportamentos de risco no contexto cultural português e de eventuais sub-culturas regionais.

Capítulo IV – Estudo empírico (baseado em dados do estudo HBSC) sobre os conhecimentos, atitudes e comportamentos de risco nos alunos Portugueses do 10º ano, tendo como variáveis-chave a iniciação sexual e a Região do país. Descrição, reflexão e implicações em futuras investigações.

**Capítulo I – O desenvolvimento do conceito de sexualidade na confluência das
competências interpessoais e dos problemas emergentes (VIH e outras IST)**

1. O conceito de sexualidade como expressão de afecto em contexto cultural

1.1 A evolução do conceito de sexualidade

A sexualidade é um dos vários modos históricos pelos quais fazemos a experiência de nos constituirmos enquanto sujeitos (processos de subjectivação) (Foucault, 1994a). Foucault (1994a) define subjectividade como a expressão do que em nós se relaciona com as coisas e com o mundo numa lógica de relação temporal, e implicando por um lado, uma atitude perante a vida e por outro, a diferenciação. A subjectividade, o sujeito, envolve, por sua vez, um processo de subjectivação, sendo que, os saberes e os poderes de todos os tempos procuram domar esses mesmos processos. No entanto a subjectividade oferece resistências no sentido de contrariar o poder, depreendendo-se que o sujeito transforma a sua realidade tornando-a mutável. Desta forma, apesar da existência de um dispositivo disciplinar (que poderá ser a escola), a sexualidade escapa aos mecanismos que a procuram controlar (Foucault, 1994b). A estética da existência, ou seja, a possibilidade de fazermos da nossa existência uma obra de arte, num exercício de sensibilidade em relação ao mundo, no acto de se deixar afectar pelo outro, torna a sexualidade uma dialética complexa e influenciada por factores internos e externos do indivíduo.

Permanentemente condicionada e impulsionada pela evolução da sociedade, a sexualidade tem sido perspectivada de muitos ângulos distintos ao longo dos séculos. Se atendermos às próprias definições da Organização Mundial de Saúde, em curtos períodos temporais vão delineando-se novos contornos sobre o conceito de sexualidade:

“A sexualidade é uma energia que nos motiva a procurar amor, contacto, ternura, intimidade; que se integra no modo como nos sentimos, movemos, tocamos e somos tocados; é ser-se sensual e ao mesmo tempo sexual; ela influencia pensamentos, sentimentos, emoções, acções e interacções e, por isso, influencia também a nossa saúde física e mental” (OMS, 2000).

“...É um aspecto central do ser humano, que acompanha toda a vida e que envolve o sexo, a identidade, papéis de género, orientação sexual, o erotismo, o prazer, a intimidade e a reprodução [...] é vivida e expressa em pensamentos, fantasias, desejos, crenças, atitudes, valores, comportamentos, práticas, papéis e relações. Se sexualidade pode incluir todas as dimensões, nem sempre todas elas são experienciadas ou expressas [...] é influenciada pela interacção de factores biológicos psicológicos, sociais, económicos, políticos, culturais, éticos, legais, históricos, religiosos e espirituais.” (OMS, 2002).

Não obstante o relevo atribuído pela última definição à vertente psicossocial da sexualidade, a uma visão imbuída de subjectividade, a investigação parece nem sempre acompanhar esta evolução (à excepção da literatura brasileira onde também é perceptível a valorização do conteúdo psicológico da sexualidade, não estando tão patente o esvaziamento da tonalidade afectiva da sexualidade humana). Ao longo de décadas, a “lente” utilizada para perceber a sexualidade (sobretudo na adolescência) remetia para o cariz biológico e reprodutivo da mesma, sendo que actualmente deve ser articulada com a vivência afectiva (Amaral & Serpa da Fonseca, 2006). De facto, eventualmente por reflexo da crescente preocupação com a transmissão do Vírus da Imunodeficiência Humana/Síndrome da Imunodeficiência Adquirida (VIH/SIDA) e IST a literatura científica tem-se centrado na mudança comportamental. A utilização de métodos contraceptivos, sobretudo por parte do grupo mais vulnerável ao VIH e outras IST (os jovens) (Alfaro *et al.*, 2007) tem sido uma preocupação crucial na investigação que, embora pertinente, não se deve constituir como foco total da investigação e educação. No relatório de progresso do Grupo de Trabalho de Educação Sexual (GTES, 2007) salienta-se a importância de adoptar uma perspectiva ampla (não sanitária) do ponto de vista de Educação para a Saúde que contemple não só a atenuação dos comportamentos de risco como também a promoção da qualidade das relações interpessoais, a qualidade da intimidade e a contextualização destas na sua raiz cultural e socio-histórica. No entanto também pensamos ser profícuo ponderar um equilíbrio entre dados objectivos e percepções subjectivas. A sexualidade é uma dimensão fulcral e transversal a toda a humanidade sendo, porém, constrangida e influenciada por contextos culturais específicos. A par da componente biológica emerge o contexto social e a influência das mudanças históricas, demográficas, culturais e económicas (Costa & Leal, 2005). Vivemos na ambiguidade de sermos todos seres únicos, mas que ao longo do nosso desenvolvimento físico e emocional somos similares em alguns processos e díspares em outros. O desafio exigente que nos distingue das outras espécies é, de facto, controlar os nossos impulsos mais básicos em nome da evolução e da civilização (Parisotto *et al.*, 2003).

1.2) *Convergências e divergências na expressão da sexualidade no mundo*

Na linha de investigação qualitativa, Regan *et al.* (2004) realizaram um estudo com o intuito de aprofundar algumas características qualitativas das relações amorosas juvenis. Numa amostra composta por jovens americanos, afro-americanos, latinos, entre outros, constataram que os americanos de origem asiática apresentavam

não só menos experiências sexuais mas também menos experiências românticas (primeiro encontro, relacionamentos sérios) do que os restantes grupos. No entanto não encontraram diferenças significativas no que concerne à idade das primeiras paixões e dos primeiros envolvimento românticos (17 anos). A idade em que ocorrem as primeiras relações sexuais tem sido um dos indicadores mais amplamente estudados pela investigação. Num estudo cubano, mais de metade dos adolescentes auscultados parece ter iniciado a vida sexual¹ entre os 15 e os 19 anos. Contudo, cerca de 34.5% dos inquiridos afirmou ter iniciado as relações sexuais entre os 10 e os 14 anos. O método contraceptivo mais referido como sendo mais utilizado foi o preservativo (Alfaro *et al.*, 2007). Nos Balcãs, a idade média da primeira relação sexual de 2 mil alunos de liceu situou-se nos 15 anos nos rapazes e nos 16 nas raparigas. O uso de preservativo foi referido por mais de 60% dos rapazes e apenas 48% das raparigas (Delva *et al.*, 2007) o que pode denotar uma responsabilização por género em que, os rapazes são responsáveis pelo preservativo e as raparigas pela pílula. Em Portugal, a idade de início das relações sexuais parece situar-se entre os 14 (rapazes) e os 15 anos (raparigas) (Vilar & Ferreira 2008). Da amostra total (constituída por alunos do 10º e 12º anos) cerca de 44% dos inquiridos afirmou ter tido relações sexuais, 75% destes disse ter sentido satisfação com essa experiência e 6.5% declarou que se sentiu pressionado para iniciar. Um dado curioso que sobressai deste estudo (e que, na nossa perspectiva, pode denotar uma certa desejabilidade social associada ao género) prende-se com o facto de cerca de 86% das raparigas terem afirmado que a sua 1ª vez foi com o namorado em contraste com 64% dos rapazes que declarou ter iniciado a sua vida sexual com a namorada e 21% com uma amiga. Nos estudos HBSC (Matos *et. al*, 2002; 2006) a idade da primeira relação sexual situa-se, também, nos 14 anos ou mais. Entre 2002 e 2006 há uma estabilização do número de adolescentes que indicam ter tido relações sexuais (de 23.7% para 22.7%). Continuam a ser os rapazes (27.4%) e os adolescentes com 16 anos ou mais (47%) os que mais frequentemente declaram já ter tido relações sexuais. Os universitários parecem indicar um início mais tardio – 16 anos (Reis & Matos, 2007).

Esta panorâmica geral revela um conjunto de paridades nas tendências de vários países e continentes. Contudo e, como já foi referido, o contexto cultural mais amplo suscita o aparecimento de alguns contrastes. O mais recente relatório “Face of Global Sex” (Durex, 2008) que reúne dados provenientes de 26 países (à escala

¹ Embora a sexualidade nos acompanhe desde o nascimento, quando mencionamos o início da vida sexual reportamo-nos à componente do sexo/genitalidade.

mundial) sustenta a perspectiva da existência de amplas variações culturais e geográficas nos níveis de confiança sexual. Um dos aspectos que emerge deste estudo consiste na estreita ligação entre informação na área da saúde sexual, conhecimento e confiança no que reporta à sexualidade. Outro indicador relevante é a associação entre bem-estar psicológico (menos estigma e ansiedade no que respeita à sexualidade), confiança sexual e Educação Sexual iniciada o mais cedo possível (antes dos 17 anos). Este dado é reiterado pelo contexto português: A Educação Sexual tende não só a estar aglutinada a mais comportamentos preventivos por parte dos jovens como também parece contribuir para a redução dos aspectos negativos da sexualidade (medo e pressão) e fomentar os seus aspectos positivos (satisfação e excitação) (Vilar & Ferreira 2008).

Embora nos pareça que actualmente a informação está disponível para todos, o estudo da Durex (2008) revela que os habitantes em meio rural se deparam constantemente com um menor número de fontes de informação no âmbito da educação sexual. As fontes de informação mais referidas pelos inquiridos deste estudo foram pela ordem que se segue, pares, livros/revistas, escola, *Internet*, programas de televisão e parceiros. No entanto quando cruzaram as fontes com o nível de educação/literacia, constataram que estas fontes eram mais utilizadas pelos indivíduos com um nível de educação superior. Em contraste, as pessoas com menos formação tinham mais probabilidade de recorrer a estruturas sociais próximas como igrejas, ONG e outros familiares. Os adolescentes portugueses (provavelmente à semelhança da maioria do universo juvenil) apresentam algumas dificuldades em falar com os pais sobre a sua sexualidade (Vilar & Ferreira, 2008). No entanto as fontes de Educação Sexual mais referidas são os amigos, seguidos da mãe, o que está de acordo com os dados derivados do estudo HBSC (Matos *et. al*, 2003, 2006). A maioria dos jovens nunca recorreu a ninguém para resolver um problema relacionado com a sua sexualidade por não sentirem necessidade e por não se sentirem à vontade para o fazer (Vilar & Ferreira, 2008). Os ambientes familiares com maior abertura para comunicar sobre sexualidade parecem promover o desenvolvimento de jovens com um maior grau de conforto e confiança nas suas capacidades para comunicar com os parceiros. No entanto, a comunicação sobre saúde sexual entre jovens (20 anos) parece não ser frequente focando-se no uso de preservativo (Cleary *et al.*, 2002). Da nossa experiência e pela revisão da literatura de que falaremos adiante, a informação é uma componente importante mas insuficiente para provocar mudança comportamental.

“Em vinte e cinco anos o VIH espalhou-se de forma avassaladora, afectando 65 milhões de pessoas em todo o mundo e matando 25 milhões. As estimativas da ONUSIDA apontam, em 2005, para 38,6 milhões de pessoas a viverem com o VIH em todo o mundo, ano que terá registado 4,1 milhões de novas infecções e 2,8 milhões de óbitos devido à Sida.” (Martingo, 2007, p.38)

2. VIH, IST e Métodos Contraceptivos: Informação, Negociação e Auto-Eficácia

2.1) A evolução do Vírus da Imunodeficiência Humana (VIH)

A prevalência de VIH/SIDA constitui um problema que, de facto, não se pode dissociar da vida sexual activa e da adolescência. Os dígitos são demasiado extensos em contraponto com as idades cada vez mais precoces da maioria dos infectados. Em todo o mundo, são mais de 6.000 jovens entre os 15 e os 24 anos que se infectam ou são infectados diariamente, representando metade das novas infecções pelo VIH (Marques *et al.*, 2007).

Não obstante a gravidade dos números (amplamente divulgados pelos diversos meios de comunicação) é facto consumado que a informação não é suficiente para surtir o efeito desejado – a mudança de comportamento. Em particular no âmbito da redução dos comportamentos de risco relacionados com a infecção pelo VIH, a investigação evidencia que a vertente educativa/da transmissão de informação por si só, é insuficiente para que o sujeito mobilize os recursos protectores necessários na acção, por exemplo, utilizando preservativo posteriormente a tomar conhecimento das vantagens inerentes à sua utilização (Tamayo *et al.*, 2001). Factores económicos, características da comunidade, estrutura familiar, crenças e atitudes sobre sexualidade, influência dos pares, características biológicas e relação com a escola constituem uma ínfima parcela de cem prováveis fundamentos na base da adopção de comportamentos de risco face à sexualidade por parte dos adolescentes (Kirby, 2001).

O VIH/SIDA apresenta a peculiaridade de ser um vírus relativamente recente com um percurso evolutivo veloz e em permanente mutação. A conotação de infecção emergente, de forma exclusiva em países de terceiro mundo e em grupos de risco como os indivíduos homossexuais pereceu dando lugar a uma nova panorâmica. Apesar de ser uma infecção muito centrada nos países africanos, tem-se assistido desde 2002 a um aumento do número de heterossexuais infectados com VIH/SIDA em todo o mundo (WHO, 2005). Cerca de metade das pessoas que vivem com o VIH/SIDA são mulheres e Portugal é o país da Europa com mais jovens infectados

(Frade, 2006). Nos tempos que correm fala-se em comportamentos de risco e grupos mais expostos.

É necessário ter em consideração que actualmente e, mantendo a lógica das céleres e profundas metamorfoses nos últimos anos em torno do VIH/SIDA, deixámos de lidar com uma doença mortal para nos depararmos com uma doença crónica. Constata-se que a ciência ainda não encontrou uma cura para a doença mas tem desenvolvido tratamentos cada vez mais eficazes que permitem aferir uma diminuição da mortalidade e um aumento da esperança média de vida (Campos, 2006). Tendo por base este contexto seria então de esperar uma diminuição do número de infectados, níveis de conhecimento razoáveis e baixos índices de preconceito face às pessoas infectadas. No entanto e indo ao encontro do que foi referido anteriormente, nem sempre todos os indivíduos estão inseridos numa sociedade plena em propagação de fontes de conhecimento e de acesso ao único método eficaz comprovado para o combate do VIH e outras IST (o preservativo). Os países asiáticos, por exemplo, parecem apresentar níveis de confiança bastante inferiores à Europa e América do Sul no que se refere ao conhecimento sobre como se proteger do VIH e outras IST (Durex, 2008).

2.2) Assimetrias de poder e variáveis psicológicas no uso de preservativo. Propostas de intervenção

Por outro lado, há inúmeras hipotéticas razões para a não utilização do preservativo para além da lacuna informativa. Jovens canadianos destacaram o “não ter disponível” na altura da relação sexual, a “interferência”/incómodo na relação e, a terceira causa mais referida, o estar sob a influência de substâncias (o próprio ou o parceiro) (Poulin & Graham, 2001). Segundo o estudo nacional de Vilar e Ferreira (2008) na última relação sexual, 74% dos jovens afirmou ter usado preservativo e 50.1% indicou ter usado outro método independentemente de ser ou não em simultâneo com o preservativo. Dos que não usaram qualquer método contraceptivo, 29% afirmou que não usou porque não pensou nisso. Noutro estudo, “Não sei”, “Não tinha” e “Não pensei nisso” foram as respostas frequentes de um grupo de jovens latinos (Sneed *et. al*, 2001).

Ainda no âmbito da utilização de métodos contraceptivos trata-se, uma vez mais, de uma área complexa onde se deve evitar negligenciar aspectos na raiz da decisão/motivação para a sua utilização. Processos cognitivos como as percepções do sujeito, a sua auto-eficácia, a motivação e capacidade para negociar a utilização de

métodos contraceptivos constituem elementos fundamentais para a compreensão global do comportamento sexual do indivíduo. A auto-eficácia, ou seja, a crença do indivíduo na sua capacidade para pôr em prática uma competência em particular, determina a quantidade e a amplitude do esforço que o sujeito irá investir em determinada tarefa (Bandura, 1986). A percepção é mais preponderante que a própria realidade e é a convicção do indivíduo nas suas próprias capacidades que vai incentivar a tomada de decisão de partir para a acção, o sentido da mesma, a persistência e a resistência à adversidade/obstáculos (Bandura, 1997). Assim, a adesão aos comportamentos protectores implica acima de tudo um sentido de competência intrínseco ao próprio sujeito. Goh, Primavera e Bartalini (2001) encontraram uma associação entre auto-eficácia, conhecimento auto percebido/medido e intenções relativas a comportamentos específicos de prevenção do VIH. Embora se tenham deparado com uma relativa consistência entre intenções e comportamentos preventivos (por exemplo entre a intenção de usar e a verdadeira utilização de preservativo) apelaram para o facto de se tratar de uma realidade complexa e multifacetada que sofre a influência de uma multiplicidade de factores. A associação entre intenção e comportamento (uso do preservativo) parece ser mais forte nas mulheres. Quer homens, quer mulheres avaliam como mais importante a intenção do parceiro usar este método contraceptivo do que a sua própria intenção ou apenas do elemento masculino da relação. A auto-eficácia parece ser a variável preditora do uso de preservativo para ambos os sexos (Visser & Smith, 2004).

Importa referir que quando reflectimos sobre sexualidade e prevenção de IST nos centramos, tendencialmente, no processo individual de decisão. No entanto, o grau de compromisso pessoal na relação, a identidade interpessoal e os objectivos de manutenção do relacionamento são factores susceptíveis de influenciar o referido processo de decisão (Umphey & Sherblom, 2007). No estudo destes autores foi patente que os indivíduos que apresentavam um elevado nível de compromisso na relação estavam menos dispostos a negociar a utilização de preservativo. No mesmo sentido, quem percepcionava este pedido/requisito como uma ameaça para os objectivos de manutenção da relação, estava menos permeável ao uso de preservativo. Assim, para além do papel de relevo da aquisição de conhecimentos e do desenvolvimento de competências, urge ter em conta que cada jovem irá equacionar as reacções e interpretações do parceiro (decorrentes da tentativa de negociação do uso de preservativo) antes de tomar a sua decisão. A utilização de estratégias criativas (que não ponham em questão a fidelidade ou envolvimento de ambos os parceiros) para convencer o parceiro a usar preservativo pode ser mais

eficaz no sentido de levar o homem a usar este método. Alguns exemplos são a utilização de preservativo para fins contraceptivos, para não agravar infecções ou por alergia ao esperma (Neighbors & O'Leary, 2003).

Na esfera sexual, o poder desponta como outro factor crucial para a mobilização de comportamentos protectores. No estudo de Pulerwitz *et. al* (2002) mulheres com elevados níveis de poder na relação tinham cinco vezes mais probabilidade de declararem usar preservativo de forma consistente: “quem detém o poder tem mais chance de garantir o uso do preservativo, como também de não aceitar o seu uso” (Vilella & Doreto, 2006, p. 2471). Neste sentido é fruto do crescente número de mulheres infectadas² através de relações sexuais de carácter heterossexual, a capacidade da mulher negociar práticas sexuais seguras, especificamente no que concerne ao uso de preservativo, tornou-se uma componente vital das estratégias de prevenção no campo da saúde reprodutiva (Pulerwitz *et al.* 2002). São muitas vezes as próprias mulheres a apontar a necessidade de *empowerment*³: num grupo focal realizado com jovens australianas, estas avaliaram a ausência de conteúdos sobre negociação de relações sexuais seguras e consensuais, como uma lacuna na educação sexual (Powell, 2007).

Crenças, mitos, receios podem efectivamente interferir de forma negativa na experiência sexual de cada um. No cômputo geral emergem também (no contexto mais amplo da idiosincrasia de cada indivíduo) as diferenças de género. Boer e Mashamba (2007) encontraram uma correlação positiva entre atitude em relação ao preservativo, auto-eficácia e intenção de uso de preservativo nas raparigas. Nos rapazes, em contraste, verificaram uma correlação positiva apenas entre atitude e normas subjectivas e uma relação negativa entre auto-eficácia e intenção do uso de preservativo.

Num outro estudo qualitativo realizado com adolescentes na África do Sul (Morojele *et al.*, 2006), os rapazes indicaram como motivos para a não utilização de preservativo a diminuição do prazer e a emergência de um estatuto positivo de “playboy” ou de “poderoso” a partir da adopção de comportamentos sexuais de risco. As raparigas justificaram os mesmos comportamentos pela tentativa de proporcionar prazer ao companheiro e pela incapacidade de refrear o assédio masculino temendo

² O enfoque da tese no *empowerment* feminino constitui um próprio reflexo da revisão da literatura e é entendido como pertinente devido a alguns factores. Por um lado pela presença de imaturidade biológica cervical que na puberdade potencia o risco de IST nas adolescentes sexualmente activas (Cates, 1991). Por outro porque apesar de morrerem mais homens do que mulheres com VIH/SIDA, tem-se assistido, nos últimos anos, a um aumento significativo na mortalidade por VIH/SIDA nas mulheres e em especial na faixa etária com idade igual ou superior aos 65 anos (Campos, 2006).

³ A utilização da terminologia “*empowerment*” em detrimento de “empoderamento” constituiu uma opção, em virtude da utilização da última ainda ser controversa.

violência ou rejeição. Ambos referiram o sentido de invulnerabilidade ao VIH como potenciador da prática de comportamentos de risco. A inaptidão para perceber o risco está muitas vezes patente na distorção cognitiva. Exemplo disso é o resultado de um estudo com um grupo de adolescentes que se consideraram em risco, não pelos seus comportamentos, mas devido ao facto de qualquer um poder tornar-se seropositivo e pelo desconhecimento do estado de saúde do parceiro (Sneed *et al.*, 2001). A percepção de custos elevados e algum ceticismo em relação à eficácia do preservativo assim como um elevado número de parceiros parecem ser factores que influenciam o uso consistente de preservativo (DiClemente *et al.*, 1992).

Quando nos debruçamos sobre a problemática do VIH, para além de emergir uma reflexão sobre comportamentos, torna-se imprescindível abordar a questão das atitudes. O preconceito e a discriminação de seropositivos parecem estar correlacionados negativamente com o conhecimento sobre VIH/SIDA. Num contexto extra-escolar (com jovens da Tanzânia) são os rapazes e os jovens das áreas urbanas que parecem apresentar mais conhecimentos na área do VIH provavelmente em virtude do seu maior acesso à educação (Bastien, 2008). “Então devemos-nos preocupar com a Educação” (Wiwinitkit, 2003, p.266). Curiosamente, a percepção de risco era superior nos rapazes mais novos e de meios rurais (Bastien, 2008). Nos Emirados Árabes onde, segundo o Islão, relações sexuais não maritais, homossexualidade e uso de drogas intravenosas são proibidos, 94% de uma amostra de universitários afirmou ser a favor da realização do teste pré-matrimonial ao VIH (Ganczak *et al.*, 2007). 53% considerou que as pessoas infectadas com VIH deviam viver à parte da sociedade e apenas 27% da amostra concordou com a integração de crianças seropositivas no contexto escolar. No mesmo sentido de outros estudos, no âmbito geral os conhecimentos eram baixos (sobretudo das raparigas) e as atitudes negativas (Ganczak *et al.*, 2007).

Com fundamento na revisão da literatura e na nossa experiência no âmbito da prevenção do VIH, julgamos que deveríamos assistir a uma mudança de paradigma como nos frisa o seguinte autor: “apesar do contínuo ênfase no debate público sobre os ‘perigos’ associados à sexualidade juvenil – em termos de gravidez e doenças – o enfoque centra-se na prevenção dos receios emergentes e não no encorajamento de um diálogo aberto sobre sexualidade entre adultos e jovens” (Powell, 2007, p. 22). Se a informação *per si* não é suficiente para produzir mudança comportamental e de atitudes, por vezes pode ser contraproducente pelo facto de gerar pânico. Temos

exemplos constantes nos meios de comunicação que disponibilizam muitas vezes a informação de forma alarmista.

Os programas de prevenção do VIH devem, entre outras funções, colmatar os défices dos jovens, recorrendo a conhecimentos científicos que combatam os mitos existentes, tendo como pilares o contexto escolar e os meios de comunicação (Wiwanitkit, 2003). Devem também reforçar a importância do respeito pela diferença e incidir particularmente na promoção das competências interpessoais, nomeadamente, na auto-eficácia. No domínio da prevenção do VIH, julgamos (pela literatura e experiência) ser extremamente importante a componente cognitiva, no sentido de fomentar a percepção de estar em risco (independentemente da existência de uma relação estável e da fidelidade, pelo nosso passado), regularmente ausente quer em adolescentes quer em adultos. Outro ponto a “desconstruir” é o mito de que apenas determinados grupos de risco devem fazer o teste, uma vez que, o que é o foco da questão é o comportamento e não o grupo.

Capítulo II – Comportamentos de risco e contexto escolar: fenómenos isolados e emparelhados. O papel da religião.

“O professor da Carolina enviou-nos uma mensagem apelidando a incessante provocação e *bullying* de que a Carolina era vítima na escola como normal, até natural, apenas uma parte do crescimento. Sugeriu, inclusive, que o *bullying* praticado por raparigas não era ‘nada de especial’”. (Bright, 2005, p.97)

1. Violência entre pares – *Bullying*

Há quatro décadas começou a esboçar-se, dentro do vasto panorama da violência, um conceito fortemente versado pela actualidade, o *bullying*. No entanto a prática remete a uma longa história, relativamente generalizada no espaço e no tempo (Aluedse, 2006; Jolliffe & Farrington, 2006). Apesar disso, o fenómeno parece ser uma realidade actual sobretudo nos países que mais se dedicam a investigá-lo: Estados Unidos, Reino Unido, Suécia e Noruega (Bright, 2005).

A origem do conceito teve assim lugar na década de 70 na Escandinávia (Noruega e Suécia) fruto do pioneiro e sistematizado estudo de Dan Olweus (Aluedse, 2006; Gonçalves & Matos, 2007). Um dos principais distintivos do *bullying* consiste no facto de se tratar de uma dinâmica entre pares repetida no tempo e não de cariz esporádico (Olweus, 1993,1994). A definição mais comum versa a existência de um comportamento negativo intencional com o objectivo específico de magoar ou perturbar a homeostasia do outro. O agressor tem sempre mais poder que a vítima (Jolliffe & Farrington, 2006, Olweus, 1994). Nesta relação assimétrica o agressor apreende um aspecto que torne a vítima mais susceptível de ser fragilizada: ser alto, baixo, gordo, magro, ter uma doença, um atraso cognitivo, usar óculos, ser tímido, entre outros. Este comportamento leva à prostração da vítima que frequentemente é agredida, coagida a dar dinheiro e, em última instância, forçada a nível sexual. Aluedse (2006) define *bullying* como um desejo consciente de magoar o outro ou de lhe gerar *stress*, sendo o mesmo sustentado por situações reais ou pelo medo do que possa suceder. O provocador actua não só de forma consciente como premeditada, não agredindo espontânea e ocasionalmente, guiado pelo foro emocional, como reacção a uma frustração (Tomás de Almeida, 2007). Esta perspectiva é suportada por um estudo qualitativo que utilizou crianças entre os 8 e os 12 anos no sentido de perceber o seu ponto de vista sobre *bullying* (Bosacki, Marini & Dane, 2006). No mesmo, 70% dos participantes considerou que o agressor pensava em gerar tristeza na vítima (factores psicológicos) e 30% em ficar com o almoço da vítima (factores instrumentais). No entanto, quando questionados sobre o motivo da agressão, 70% mencionou a obtenção do dinheiro do almoço da vítima e 30% reportou-se a factores psicológicos como revolta/reacção ao facto de o agressor ser também vítima do irmão

ou por “raiva”. Segundo os autores, estas classificações (proactiva e reactiva) coadunam-se com a literatura (Bosacki, Marini & Dane, 2006).

O *bullying* pode ocorrer de forma directa, como é o caso de bater (violência física), chamar nomes (violência psicológica/verbal) ou indirectamente como sucede quando há propagação de rumores ou se opta por ignorar sistematicamente alguém (violência psicológica) (Jolliffe & Farrington, 2006; Juvonen, Graham & Schuster, 2003). A perpetuação do papel de vítima e agressor leva a que ao longo do tempo se acentue ainda mais esta estrutura hierárquica, formando um ciclo vicioso. Vários estudos apontam para o facto (que também verificamos na realidade) de os rapazes se envolverem mais no *bullying* (em ambas as facções) do que as raparigas (Matos *et al.*, 2003; Matos *et al.*, 2006) e de formas diferentes (as raparigas tendem a exercer mais frequentemente o *bullying* indirecto) (Gonçalves & Matos, 2007; Jolliffe & Farrington, 2006; Smith, 2004). O *bullying* indirecto revê-se nos rumores, na exclusão, isolamento e discriminação, na manifestação de fúria, preponderância, ciúmes e invejas (Tomás de Almeida, 2007). Assim, não é razoável depreender que o *bullying* feminino seja menos violento do que o masculino, uma vez que, na realidade as agressoras femininas exercem uma pressão socialmente manipulativa e com menor visibilidade para os adultos (Bright, 2005).

Nos Estados Unidos estima-se que cerca de uma em cada quatro crianças seja vítima de *bullying* e que uma em cada cinco se defina a si própria como agressora (Lumsden, 2002 *cit in* Whitted & Dupper, 2005). Embora o fenómeno do *bullying* seja cada vez mais protagonista do debate público-profissional em Portugal, a comparação entre os dados de 2002 e 2006 com uma amostra de representatividade nacional, revelou uma redução dos jovens que afirmam ter sido provocados várias vezes na escola (de 7.7% para 4.6%) e uma estabilização dos que mencionam ter provocado várias vezes (de 4% para 3%) (Matos *et al.*, 2006).

Se é verdade que urge alguma relativização do que se pode tratar ou não desta forma de violência, também as consequências decorrentes da mesma podem ser bastante nefastas. “Há cada vez mais evidências que o *bullying* provoca efeitos perversos e profundos no ambiente de aprendizagem escolar” (Whitted & Dupper, 2005, p. 167). As vítimas de *bullying* podem vir a sofrer de problemas a nível emocional, académico e comportamental (Olweus, 1993) como baixa auto-estima, ansiedade e depressão, insegurança e solidão (Olweus, 1994; Bond *et al.* 2001). O colmatar deste processo de vitimação crónica pode residir numa tentativa de suicídio ou homicídio (Aluedse, 2006).

Uma possível explicação para o fenómeno (no que concerne aos agressores frequentes) consiste na existência de um défice de empatia por parte dos agressores em relação às vítimas, isto é, deparamo-nos, eventualmente, com uma incapacidade de compreensão da reacção emocional negativa que o seu comportamento provoca nas vítimas (Jolliffe & Farrington, 2006). Os agressores podem apresentar uma personalidade anti-social e dominante, assim como elevados níveis de agressividade (Olweus, 1993).

Em Portugal os provocadores, quando comparados com os outros grupos (vítimas, agressores/vítimas e jovens sem envolvimento), parecem ter melhores relações com os seus pares. Parecem, também, consumir mais álcool, tabaco e outras drogas do que os jovens sem qualquer envolvimento com *bullying* e apresentar uma atitude menos positiva em relação à escola do que as vítimas (Matos *et al.*, 2003). Este perfil conflui na perspectiva de que os provocadores são muitas vezes populares, independentemente de o serem por admiração ou por receio da parte dos observadores e restantes pares. Cabe ter presente o facto de que quando emergiram os primeiros estudos sobre esta forma de violência, o enfoque residia no perfil comportamental dos indivíduos e que só a partir da década de 1990, com os estudos de Salmivalli, se valorizou a perspectiva sistémica (Tomás de Almeida, 2007). Efectivamente, embora se trate de uma agressão centrada na vítima e no agressor convencionam-se fenómenos de grupo (hierarquias, assimetrias e homogeneidades) que devem ser contextualizados socialmente. Podem existir outros sinais, no comportamento individual, familiar ou social que, necessariamente, promovem ou decorrem do *bullying*. Em Portugal, os provocadores, por exemplo, parecem adoptar, mais vezes, comportamentos de risco. As vítimas, por seu turno, parecem consumir menos substâncias e praticar mais exercício físico. Contudo, são as que apresentam piores relacionamentos com os pares, mais sintomas físicos, psicológicos e de depressão. O duplo envolvimento é o pior cenário com mais factores de risco (Matos *et al.*, 2003).

À semelhança da sexualidade, a violência edifica-se numa teia de dinâmicas interpessoais e sociais sendo, no entanto, mediada cognitivamente. A interpretação que o sujeito infere de determinada situação, assim como, a aprendizagem do uso da violência como mecanismo de resposta socialmente aceitável, podem desempenhar um papel fulcral nas dinâmicas da violência. Segundo Tomás de Almeida (2007), Dodge (1986) identifica défices de processamento (como a hipervigilância a sinais negativos) como alicerces da agressão. Autores mais recentes preconizam que os

agressores manipulam, pela compreensão da mente e a seu favor, a posição do grupo. Outros autores equacionam a hipótese de uma vertente sádica, pelo facto de alguns agressores parecerem experienciar uma excitação emocional positiva (adrenalina). Esta perspectiva tem por base desenhos de 82 crianças canadinas, das quais 78% desenhou (na representação de uma situação de *bullying*) o agressor a sorrir (Bosacki, Marini & Dane, 2006). Curiosamente, estas representações através do desenho eram constituídas, na maioria, apenas pelo agressor e pela vítima que em geral era mais pequena que o primeiro.

2. Consumo de álcool

O consumo ocasional de substâncias constitui um hábito cada vez mais generalizado e enraizado nas sociedades actuais. Esta perspectiva de banalização dos consumos levou, inclusive, à concepção de que o uso de substâncias seja equiparável a uma “norma cultural” (Marlatt, 1998). Esta óptica é particularmente relevante no que diz respeito ao consumo de álcool patente na aprovação e incentivo da sociedade, para além do consumo solitário, uma espécie de lenitivo, beber pode ser ainda um acto social. Embora o consumo de álcool seja relativamente transversal às diversas gerações, a adolescência representa a fase mais propícia para beber num contexto de pressão dos pares (D’Amico & McCarthy, 2006). Exemplo disso é o fenómeno designado de *binge-drinking*, consumo muito elevado de álcool numa dada ocasião, estar associado no nosso país a um perfil que corresponde a jovens rapazes com idades compreendidas entre os 15 e os 24 anos (Santana & Negreiros, 2008). O perfil do adolescente português revê-se num consumo regular de álcool associado aos períodos de saídas à noite. (Mendes & Lopes, 2007). Por outro lado vários estudos apontam para diferenças de género no que respeita ao tipo de bebidas ingeridas. Para além de no geral consumirem mais, os rapazes bebem mais cerveja e bebidas brancas ao passo que as raparigas optam apenas pelas últimas (Feijão & Lavado, 2006; Matos *et. al*, 2006; Mendes & Lopes, 2007). O álcool foi referido como a substância consumida (95,10%) por um grupo de universitários de Coimbra que será novamente referido adiante (Lomba *et al*. 2008).

Não obstante a propensão dos jovens para consumirem, um estudo evolutivo sobre consumos indica que apesar de ter aumentado o número de consumidores de álcool entre os jovens portugueses do 3º ciclo de 1989 para 2001, actualmente parece estar estabilizado. No caso dos alunos do secundário, o consumo de álcool (de 1995 a

2003) é superior mas ainda mais estável (Feijão, 2007). A autora apela a uma reflexão interessante que tem por base uma dicotomia no domínio do consumo de álcool: Portugal é dos países europeus com maior consumo de álcool *per capita* e simultaneamente um dos países com menor prevalência de consumo de álcool entre os adolescentes. As respostas sugeridas prendem-se com a possibilidade de uma reacção contrária ao consumo excessivo dos progenitores, de uma utilização meramente instrumental e específica dos consumos para descontrair e divertir ou ainda da permissão (pouco atractiva) dos consumos nos países latinos.

Os estudos mais recentes chamam a atenção para uma nova realidade: apesar de os homens continuarem a consumir mais álcool do que as mulheres, nos últimos anos tem-se assistido a um aumento do uso exagerado de álcool por parte do sexo feminino (Mendes & Lopes, 2007; Santana & Negreiros, 2008). Uma revisão da literatura entre 1972 e 2004 distingue o consumo masculino, mais frequente e mais associado a problemas sociais, familiares e de mortalidade, do consumo feminino, maior alvo de discriminação e com consequências mais graves ao nível da saúde da mulher (Kerr-Corrêa *et al.*, 2007).

É imprescindível dissociar o consumo de álcool das variáveis psicológicas que lhe subjazem. Sobretudo do ponto de vista de um jovem, as potencialidades da ingestão desta substância contemplam o relaxamento, a redução da tensão e do *stress* e a facilitação das relações sociais e sexuais (Wills *et al.*, 2001).

Os jovens portugueses mais velhos (18 anos) parecem apresentar mais expectativas de consumo associado à diversão, ao passo que, os mais novos (13 anos) têm mais presente a possibilidade de ocorrência de problemas com a polícia (Feijão & Lavado, 2006). Na nossa prática é interessante notar que, apesar de não esconderem o seu consumo, os jovens começam a considerar o álcool uma droga. Parecem ser, também, bastante relutantes em relação ao modelo de redução de danos (“Não acabam com a droga a ensinar como se consome”).

“O discurso do desencanto, que hoje encontra eco dentro e fora das escolas, não passa de um sintoma velho, mesmo que não faça esquecer as especificidades dos desafios - muitos deles inéditos - que a escola atravessa nas sociedades contemporâneas.” (Coimbra, 2002, p.11).

3. Contexto escolar

A escola constitui-se como cenário central no desenvolvimento pessoal, social e académico dos jovens. A auto-estima, a auto-eficácia, o sentido de competência por um lado e, a frustração, o desinvestimento e a inadequação por outro, são faces da mesma moeda e que sofrem influências e influenciam a prestação escolar. Por exemplo, determinadas características dos grupos/turmas escolares podem originar actos de violência entre pares que são susceptíveis de se exacerbar pela “estabilidade e ritualização das actividades escolares” (Tomás de Almeida, 2007, p. 112). A escola parece ser um contexto privilegiado para determinadas interações e fenómenos psicossociais. Apesar disso e, embora a escola seja um dos contextos onde os jovens despendem a maior parte do tempo, não significa, *a priori*, que seja um contexto desafiante e de qualidade que promova o crescimento de jovens competente para os confrontos das suas vidas, sobretudo quando remete à repetição, ao “enciclopedismo liceal, à recepção passiva dos saberes, ao conformismo, à competição desenfreada dos resultados acentuando as desigualdades de oportunidades” (Gonçalves, 2000, p.5).

Na escola cabe uma multiplicidade de variáveis que não se cingem à turma. Na complexidade de factores que influenciam a adaptação escolar dos jovens deve equacionar-se o papel crucial e interdependente de cada interveniente. O sentimento de pertença à escola e as expectativas dos professores em relação aos resultados académicos dos alunos parecem constituir-se como mediadores entre o envolvimento parental e a adaptação escolar dos alunos (Kupernic, Darnell & Alvarez-Jimenez, 2008). Smith (1997 *cit in* Dias, Matos & Gonçalves, 2007) preconiza a importância da promoção do sentimento de pertença, da auto-estima e auto-eficácia dos jovens para que estes desenvolvam projectos futuros e optem por comportamentos saudáveis em detrimento das relações sexuais precoces e suas consequências negativas. O bem estar e envolvimento psicológico de alunos e professores é essencial:

“...é imprescindível o desenvolvimento psicológico dos professores e, especificamente, nas dimensões que directamente se referem à capacitação para o estabelecimento de uma relação de confiança, emocionalmente investida, que funcione como base segura para os alunos para a exploração de um mundo que, simultaneamente, se apresenta como a possibilidade da sua aprendizagem e crescimento, na mesma medida em que, inevitavelmente, é um mundo em processo de envelhecimento e carente de renovação. Aparentemente, de um ponto de vista psicológico, o desenvolvimento, quer de alunos quer de professores, sugere como uma imposição, portanto.” (Coimbra, 2002, p.11)

No que tange a perspectiva dos próprios jovens em relação à escola e aos elementos que a constituem, essas serão naturalmente influenciadas pela idade, pelo género e pela cultura. Num estudo realizado também com dados do HBSC, nos Estados Unidos da América, constatou-se que os estudantes mais velhos e os rapazes

avaliavam a sua experiência académica de forma mais negativa do que os mais novos e as raparigas (Ding & Hall, 2007). Estes resultados vão ao encontro de outros autores (Nichols, 2008; Osterman, 2000) segundo os quais, as raparigas apresentam um maior sentimento de pertença à escola do que os rapazes, o que estará eventualmente relacionado com uma maior assiduidade por parte das primeiras.

Outro elemento importante na adaptação escolar consiste na percepção da existência de relações interpessoais de qualidade. Num estudo de Ding & Hall (2007) a percepção geral dos alunos inquiridos sobre as pessoas com quem interagiam diariamente na escola foi bastante positiva. Embora muitos jovens pareçam conotar as relações com os professores e colegas como essenciais no desenvolvimento do gosto pela escola e sentimento de pertença pela mesma, alguns sublinham a importância dos aspectos materiais – actividades e infra-estruturas da escola (Nichols, 2008).

No caso dos adolescentes portugueses, em especial as raparigas e os alunos mais novos, parecem avaliar positivamente a escola (Matos *et. al*, 2002; 2006). Outro aspecto positivo consiste na percepção dos alunos sobre a avaliação que os professores têm da sua capacidade escolar (“muito boa” 8.8% em 2002 e 8.4% em 2006), sendo que mais uma vez foram os rapazes a ter uma percepção mais negativa (Matos *et. al*, 2002; 2006). Em contraste com a evolução positiva destes indicadores, os resultados de 2006 são menos animadores no que se refere ao relacionamento entre os alunos e os docentes (há uma diminuição dos adolescentes que consideram que os professores os ajudam quando é preciso e que se interessam por eles como pessoas). As raparigas atestaram mais vezes que os professores ajudam quando é preciso, os rapazes declararam mais que os professores se interessam por eles e que os encorajam a expressar os pontos de vista. O sentimento de pertença à escola parece relacionar-se de forma negativa com a crença dos alunos de que os professores os repreendem injustamente e não lhes prestam apoio quando necessário (Nichols, 2008).

4. Associação entre comportamentos de risco, a iniciação sexual precoce como factor de risco e a religiosidade como factor de protecção

Subsequente ao facto de nos últimos anos as principais causas de morbilidade e mortalidade entre adolescentes se relacionarem com comportamentos susceptíveis de serem prevenidos em interacção com factores socio-ambientais, assistiu-se a um

aumento de interesse dos investigadores pelos comportamentos de risco dos adolescentes (Wild *et al.*, 2004). Ao longo deste trabalho tem-se mencionado o conceito de comportamentos de risco sem que tenha sido ainda explicitado. Comportamentos de risco correspondem a determinadas acções que aumentam a vulnerabilidade dos indivíduos em relação a uma doença em particular ou à “doença saúde” (OMS, 1986). Importa, ainda, trazer para a discussão a noção de factores de risco e de factores de protecção. Os primeiros podem ser entendidos como elementos preditores de consequências desfavoráveis ou como manifestações prévias de futuros comportamentos (Kaplan, 1999 *cit in* Simões, 2007). Factores de protecção consistem em variáveis que produzem o efeito da diminuição ou cessação das influências negativas subjacentes à exposição ao risco (Simões, 2007).

Neste âmbito, a adopção de comportamentos saudáveis (em detrimento da adopção de comportamentos de risco) é cada vez mais perspectivada como estando sob a alçada dos indivíduos, capazes de facultarem contributos determinantes para a sua própria saúde (Costa & Leal, 2005). Efectivamente, as experiências dos jovens têm-se centrado cada vez mais na esfera individual, na ambivalência de uma maior possibilidade de escolhas contraposta a uma restrição das oportunidades (Pollock, 2008). No entanto, os fenómenos de conformismo e a pressão dos pares são bons exemplos de factores impulsionadores do ingresso em comportamentos menos salutareos. Sobretudo nesta área, a percepção de comportamentos sexuais de risco em relação aos pares, parece estar associada à presença da mesma tipologia de comportamentos no próprio adolescente que infere sobre o seu par (Ben-Zur, 2003). Ainda no quadrante sexual e de acordo com capítulos anteriores, a capacidade para contornar o risco também deve ser influenciada pelo tipo de relação afectiva, autonomia, abertura e grau de conforto para dialogar (Chacham *et al.*, 2007).

A associação entre comportamentos de risco, investigada universalmente, pode estabelecer-se em diversas áreas relacionadas com a estrutura familiar, com os consumos, níveis socio-económicos, etc. Contudo, não existem muitos estudos que relacionem comportamentos sexuais, conhecimentos e atitudes com consumos, violência entre pares e percepção do contexto escolar. No âmbito dos comportamentos sexuais, o estudo de Poulin e Graham (2001) revelou que a existência de relações sexuais não planeadas sob o efeito de substâncias entre estudantes adolescentes constituía um factor de risco para outros comportamentos sexuais de risco como a presença de múltiplos parceiros sexuais e uso de preservativo inconsistente. O estudo de Morojele *et al.*, (2006) teve por intuito perceber crenças e

atitudes em relação ao consumo de substâncias, comportamento sexual de risco e à interacção entre estes dois comportamentos. Alguns dos participantes afirmaram que a associação entre estes comportamentos de risco se deve a efeitos psicofarmacológicos uma vez que entendem que o uso de drogas potencia o desejo e o desempenho sexual. Referiram que a utilização de drogas diminui inibições, preocupações e julgamentos e afirmaram que às vezes os rapazes se aproveitam de raparigas intoxicadas ou as drogam para estarem menos sujeitos à renúncia sexual. Também um estudo realizado com estudantes Universitários de Coimbra (Lomba *et al.*, 2008) revelou que 64.52 % dos jovens sexualmente activos teve relações sexuais sob o efeito do álcool e 29.84% sob o efeito de drogas. Esta associação foi justificada pela crença nas potencialidades do consumo no que diz respeito à desinibição/facilitação do início das relações, ao prolongamento do acto sexual e a práticas sexuais mais excitantes/invulgares. Para além disso, 40.33% nunca ou quase nunca usou preservativo e 14.69% afirmou ter-se arrependido de ter tido relações sexuais sob o efeito de substâncias. A não utilização de preservativo ficou maioritariamente a dever-se ao grau de confiança/certeza de que o parceiro não tinha IST e por ser um parceiro fixo.

A relação entre consumo de substâncias e relações sexuais é das mais referidas na literatura e parece ser cada vez mais frequente como indica a comparação de resultados do estudo HBSC entre 2002 e 2006: houve um aumento dos adolescentes que referiram ter tido relações sexuais devido ao consumo de bebidas alcoólicas, mantendo-se a tendência a ser uma associação mais frequente nos rapazes (o que vai ao encontro do que foi referido anteriormente) (Matos *et al.*, 2006). Curiosamente, em Portugal há resultados que apontam para a associação entre um maior consumo de álcool (cerveja e bebidas brancas) e insucesso escolar nos rapazes. Nas raparigas verificou-se uma maior tendência para o consumo de bebidas brancas associado à manifestação de vergonha (Mendes & Lopes, 2007). As relações sexuais sob o efeito de álcool ou drogas parecem ser mais frequentes nos rapazes (Reis & Matos, 2007).

Langille e Curtis (2002), por sua vez, encontraram uma associação entre relações sexuais antes dos 15 anos, maiores comportamentos de risco (como um menor uso de métodos contraceptivos) e uma maior probabilidade de ter mais parceiros sexuais. Os autores encontraram também evidências de que a presença de relações sexuais precoces se relacionava com factores familiares, económicos e religiosos. No caso das raparigas, frequentar mensalmente a igreja estava

negativamente associado com relações sexuais precoces e, dado interessante, a relação perde força quando a frequência da igreja é semanal. Efectivamente, para além das expectativas, dos receios e algumas características de personalidade que outros factores endógenos ou crenças poderiam contribuir para uma compreensão mais ampla da aglomeração de comportamentos de risco? A religião parece ser um vector importante no que concerne não só à exteriorização de determinados comportamentos de risco mas também tendo um papel de relevo na formação das atitudes em relação ao álcool por parte dos adolescentes (Francis *et al.*, 2005; Michalak *et al.*, 2007; Piko & Fitzpatrick, 2004; Sinha *et al.*, 2007; Viner *et al.*, 2006). Uma atitude positiva em relação à religião estava correlacionada com uma atitude proibitiva no que respeita ao consumo de álcool. Uma revisão de quatro décadas de literatura revelou que a religião constitui-se como um factor de protecção para o consumo de álcool mediado por diferenças culturais (os Judeus tendem a consumir de forma moderada nas suas tradições, o consumo de álcool é proibido na cultura Árabe o que leva a que, existindo consumos, possam ser exagerados). É de salientar que a aculturação parece exercer uma elevada influência na mudança de padrões de consumo (Kerr-Corrêa *et al.*, 2007).

Os resultados do estudo de Fearn e Lewis (2005) revelaram ainda que o mais importante para o delineamento da relação entre religiosidade e atitude sobre o consumo de substâncias é a atitude pró-religião em si e não o facto de se ser ou não praticante. Esta convicção é partilhada e explicada por outros autores (Corwin & Benda, 2000; Regnerus & Elder, 2003; Regnerus, 2000) que diferenciam dois grupos de variáveis influenciados por expressões religiosas distintas. Por um lado, a presença da religião (na forma de influência privada manifesta na importância pessoal da fé) funciona como influência positiva no que concerne ao evitar comportamentos como o consumo de álcool e drogas e delinquência. Por outro lado, a religiosidade pública na forma de frequência da igreja influencia positivamente variáveis como o rendimento escolar. Estes resultados prender-se-ão com um maior controlo exógeno, um maior acompanhamento parental, uma melhor sedimentação das normas ou ainda com uma estrutura mais sólida de valores? Regnerus e Elder (2003) encontram similaridades entre frequentar a igreja e obter boas classificações escolares entre as quais a presença de compromisso e de rotinas.

Embora os padrões sejam inconsistentes, a frequência da igreja é também associada a padrões de comportamento e atitudes sexuais mais conservadores. No entanto, indivíduos religiosos que frequentem com pouca assiduidade a igreja

parecem assemelhar-se mais aos pares não religiosos (Visser *et al.*, 2007). Podemos equacionar a possibilidade de existir uma forte relação entre atitudes e comportamentos sexuais e religião não descurando que a mesma depende do tipo de religião, do grau de envolvimento e do comportamento ou atitude em questão. O controlo social pela via da instrução de padrões ideais parece ser um elemento-chave para a compreensão da relação que se esboça (Hardy & Raffaelli, 2003; Meier, 2003; Rostsoky *et al.*, 2003; Visser *et al.*, 2007). O discurso religioso assente na dicotomia pecado/reprodução proclama um código sexual baseado no medo do corpo, dando origem a um sentimento individual que deve ser normatizado na inter-relação social (Reis & Vilar, 2004). Neste estudo foi encontrada uma associação negativa significativa entre o grau de religiosidade (de professores portugueses) e o sentimento de conforto para abordar temas de sexualidade. O receio do incentivo de determinados comportamentos de risco através da Educação Sexual determina a posição negativa da igreja no que respeita à prevenção de VIH (Ganczak *et al.*, 2007).

É interessante constatar que também a capacidade ser sexualmente assertivo (no sentido de debater/partilhar assuntos sexuais e de questionar o parceiro sobre o seu percurso sexual passado) parece estar associada, em jovens universitárias americanas, a uma menor probabilidade de estar sob a influência de álcool ou de outras substâncias. A componente cognitiva parece desempenhar um papel fulcral, uma vez que, estas jovens baseavam fundamentalmente as suas decisões nos próprios pensamentos e objectivos, revelando uma maior satisfação sexual psicológica (Moore & Davidson, 2000). Os jovens que iniciam a sua vida sexual mais precocemente parecem ser menos assertivos na comunicação sexual e apresentar índices mais baixos de auto-eficácia em relação ao uso de preservativo (Shercliffe *et al.*, 2007) o que permite ponderar a hipótese de que a iniciação sexual precoce se possa constituir como factor de risco. Não será contudo simples chegar a um consenso sobre o que se pode considerar como iniciação precoce.

Os contextos são, de facto, panos de fundo cruciais para a manifestação de determinados comportamentos. Para além do âmbito religioso, a escola emerge como reflexo e condicionador de sentimentos, atitudes e comportamentos. No estudo de Gonçalves e Matos (2007), as autoras propuseram-se a analisar possíveis variáveis preditoras dos comportamentos de *bullying* tendo encontrado que a percepção de uma maior sensação de insegurança na escola parece aumentar os relatos de ser vítima de bullying e de perturbar os colegas. Outro resultado apresentado foi o de que os alunos que mais afirmavam transportar armas também consumiam mais álcool. A

covariação/covariância de problemas comportamentais pode reflectir uma tendência transversal a vários domínios e que pode, por vezes, estar relacionada com uma “má adaptação à vida escolar” (Takakura *et al.*, 2001, p. 28).

O comportamento violento também pode estar acoplado a outros problemas. Segundo um estudo americano de ampla escala, uma maior propensão para ser vítima (feminina) de violência no namoro parece estar associada ao consumo de substâncias (álcool, tabaco e cocaína), a ter relações sexuais desprotegidas e com diversos parceiros assim como a um maior envolvimento em lutas e porte de arma por parte da vítima (Howard, Wang & Yan, 2007). Estar exposto a situações de violência na comunidade (presenciar) parece relacionar-se com um conjunto vasto de comportamentos de risco nomeadamente, a um maior consumo de álcool, a um menor uso de preservativo na última relação sexual e ao uso de substâncias (o próprio ou o parceiro) associado às relações sexuais. Os autores reflectem ainda sobre o interessante facto de que as drogas em questão são depressoras, não tendo sido encontradas associações com drogas estimulantes (Voisin *et al.*, 2007). A investigação em Portugal contribui para a crença de que o insucesso e inadaptação escolar possam contribuir para a ocorrência de agressão entre pares (Tomás de Almeida, 2007).

Capítulo III – O contexto cultural português

1. Contexto escolar, sexualidade, consumos e violência em Portugal: sub-culturas regionais?

Nos capítulos anteriores foram citados resultados e reflexões provenientes de diversos países e continentes que coadjuvam a compreender similitudes e contrastes das sociedades e dos indivíduos. A sociedade contemporânea reflecte um conjunto de céleres mutações com repercussão na vivência e nos comportamentos dos jovens. Essas poder-se-ão sintetizar em seis eixos: a individualização, a ruptura com a tradição, a crise de confiança, a intensificação da insegurança percebida e o défice de sentido de comunidade e, a assimilação do incalculável pelo calculável (Coimbra & Menezes, 2009). No âmbito dos comportamentos de risco é particularmente importante o eixo da ruptura com a tradição, pelo facto de se rever na descontinuidade geracional em relação aos modos de socialização. Os jovens parecem não se confrontar com os progenitores e o processo de autonomia sofreu alterações drásticas (Coimbra, 2009). Também a alteração do sentido de vida em comunidade e a emergência de novas estruturações das redes sociais (Putnam, 2000) deve exercer influência na adopção de comportamentos de risco ou de saúde.

No que concerne à associação entre comportamentos de risco, a co-ocorrência dos mesmos na adolescência parece ter características particulares que revelam alguma determinação cultural (Viner *et al.*, 2006). Neste sentido, a principal lente de referência deste trabalho prende-se com o modelo bioecológico de Brofenbrenner (1979; 2001) que reconhece, simultaneamente, a relevância da base biológica dos indivíduos (assim como os seus recursos e capacidades) sem descuidar a componente ambiental e a interacção entre os dois (pessoas e contextos). Este modelo dinâmico e sistémico preconiza que, para o desenvolvimento humano ocorrer, urge o processo de interacção com o ambiente pautado pela componente activa do sujeito. O indivíduo influencia e é influenciado pelo contexto tendo por base o condicionamento temporal.

Esta perspectiva tem estado subjacente à definição dos conceitos anteriores como a sexualidade ou o consumo de álcool. Para compreender estes comportamentos é necessário contextualizá-los numa época e aceitar a idiossincrasia individual. No entanto, um dos principais objectivos desta tese é compreender o impacto do contexto cultural como factor de protecção ou de risco. A região do país (macrossistema) poderá exercer uma influência directa ou indirecta, através dos microssistemas (pares, família). O litoral e o interior, o norte e o sul, as regiões, a capital e o resto do país constituem dualidades interessantes que cingem e incitam determinados comportamentos e atitudes. Alguns dados socio-económicos

(macrossistémicos) podem ser pertinentes para a construção de um esboço da realidade que caracteriza a Região do Norte e que legitimam a escolha desta região para ser comparada com o resto do país. Numa perspectiva de cariz social, o relatório mais recente do Ministério da Administração Interna (2008) no âmbito da Violência Doméstica revela que a taxa média de incidência das participações em Portugal Continental se situa em 1,44 por mil habitantes. O mesmo relatório salienta que as comarcas de Sintra, Porto e São João da Madeira são as que apresentam as taxas mais elevadas do país. O despontar destas dissemelhanças parece ainda não ter sido fruto de uma investigação que permita descortinar se esta diferença se prende com questões geográficas ou pessoais. Numa perspectiva económica mas com amplas repercussões psicossociais, as taxas de desemprego por região (INE, 2008) revelam que pelo menos desde o último trimestre de 2007, a Região do Norte a par da região de Lisboa lideram os índices de desemprego. Esta conjuntura pode ter implicações a nível educacional, moral e comportamental.

Também a dimensão religiosa (mais estudada pela ciência) pode constituir um factor desencadeante de algumas discrepâncias que se irão reflectir nas atitudes e comportamentos dos jovens nos vários âmbitos (comportamentos de risco, sexualidade, etc...). A sexualidade, por exemplo, é uma dimensão crucial na nossa vida mas pode estar absorta num manancial de mitos, desequilíbrios e omissões. O contexto influencia bastante esta dimensão, nomeadamente no que diz respeito aos conhecimentos, ao nível do conforto para debater determinadas situações e dúvidas (com os parceiros ou terceiros) e a religião pode interferir de forma crucial nestas construções pessoais e colectivas. A tradição judaico-cristã e a sua meta narrativa preconizam a ideia de sofrimento na vida com o intuito de merecer o prazer póstumo e, a religião apresenta uma forte componente trágica de auto-sacrifício (Coimbra, 2009). Um estudo recente (Marktest, 2005) indica que cinco milhões de portugueses são religiosos (praticantes) salientando-se que, destes, 59.6% são mulheres, 55.7% têm mais de 44 anos, 64.5% pertencem às classes sociais média baixa ou baixa, 50.8% são reformados, domésticas ou trabalhadores não qualificados e que 55% residem nas regiões do litoral norte ou interior norte. Estes indicadores perspectivados sob uma óptica mais alargada, que contemple as questões do desemprego e da violência, podem sugerir que é na Região do Norte que há menos trabalhadores qualificados, conseqüentemente mais desemprego e por sua vez mais problemas sociais. Também poderá ser na Região do Norte que a religião tenha mais impacto. Será, desta forma, expectável que os jovens desta região se definam mais religiosos e que apresentem um perfil de conhecimentos, atitudes e comportamentos distintos do

resto do país sem que seja possível definir uma causalidade entre as diversas variáveis. A Região do Norte é a mais populosa do país e a que concentra, tradicionalmente, a indústria recorrendo a mão-de-obra pouco especializada. Na actualidade, tem-se vindo a assistir à deslocalização das empresas o que contribui, em larga escala, para elevar os índices de desemprego. O PIB *per capita* (Produto Interno Bruto) da Região do Norte é um dos mais baixos do país, sendo essa Região “penalizada pelo Efeito Estrutura Sectorial e reflectindo o elevado peso da agricultura e de alguns sectores industriais tradicionais no emprego desta região” (Ramos & Rodrigues, 2001, p. 11). O abandono precoce da escola também é superior nesta Região (Caetano, 2005). Não obstante a emergência destas hipóteses, urge ter em conta que nem sempre se confirmam as mesmas que não raramente reflectem os nossos estereótipos. Dos estudos existentes que realçam a variável regional, por exemplo, a nível do consumo de álcool, os jovens de Lisboa parecem consumir mais bebidas alcoólicas que os jovens da Beira Interior (Mendes & Lopes, 2007). Este dado pode contrariar a ideia de que no Interior se consome mais (de forma isolada).

Em suma, o presente estudo tem como objectivo principal “revitalizar” dados representativos dos adolescentes portugueses, evidenciando as seguintes dimensões: sexualidade, comportamentos de risco (consumo de álcool, *bullying*) e ambiente escolar. Pretendeu-se compreender a sexualidade “em números”, no que concerne à idade da primeira relação sexual e à utilização do preservativo e, “em palavras” no que diz respeito a quem constitui a rede de apoio destes jovens (para esclarecimento de dúvidas) e ao poder de negociação de uma vivência sexual apazível e segura. Pela proeminência do VIH na sociedade actual e por interesse pessoal, estipulou-se como objectivo perceber quais os conhecimentos dos adolescentes portugueses sobre as formas de transmissão do VIH e quais as principais fontes de onde advém essa informação. Também se pretendeu avaliar atitudes e preconceitos em relação aos seropositivos.

No âmbito deste contexto perspectiva-se o conhecimento das percepções subjectivas de capacidade académica, da pressão com trabalhos de casa (TPC) e do sentimento em relação à escola. Os consumos e a violência devem ser mensurados a partir da frequência destes comportamentos. O aspecto inovador do tratamento dos dados prendeu-se com o objectivo de perceber se todas estas variáveis estavam interligadas à variável socio-demográfica “Região do país” e à iniciação de relações sexuais.

Capítulo IV – Estudo empírico: Conhecimentos, atitudes e comportamentos de risco nos jovens Portugueses do 10º ano segundo a iniciação sexual e a Região do país.

1. Introdução

O seguinte estudo foi elaborado com base em dados quantitativos referentes ao estudo *Health Behaviour in School-aged Children* (HBSC/OMS) de 2002. Não obstante o facto de ser uma amostra recolhida e tratada previamente ao nosso estudo, julgamos ser uma boa prática científica a reutilização de amostras pré-existentes sobretudo sendo elas representativas (a nível nacional) de um determinado grupo etário. Para além disso realizaram-se novos procedimentos estatísticos no sentido de aferir outras hipóteses ainda por explorar.

As principais questões orientadoras da presente investigação são as seguintes:

- 1) Existem diferenças entre os alunos do 10º ano da Região do Norte e do resto do país no que concerne aos seguintes itens: (a) Sexualidade (início das relações sexuais, utilização do preservativo, comunicação e negociação com o parceiro); (b) Conhecimentos e atitudes no âmbito do VIH/SIDA (modos de transmissão, fontes de conhecimento e nível de preconceito); (c) Consumo de álcool; (d) Violência entre pares (provocador, vítima e duplo envolvimento); (e) Adaptação ao contexto escolar (pressão com trabalhos de casa [TPC] sentimento de segurança, avaliação da percepção dos professores sobre as suas capacidades)?
- 2) Existem diferenças entre os alunos do 10º ano que já iniciaram a actividade sexual e os que ainda não iniciaram, no que concerne aos itens referidos das alíneas 1(a) à 1 (e) ?

Perante estas questões e tendo em conta a revisão da literatura, são expectáveis as seguintes hipóteses:

- 1) Que os alunos do Norte apresentem menos comportamentos de risco, funcionando como factores de protecção a não iniciação da vida sexual e uma maior adaptação escolar por ser uma região tradicionalmente mais religiosa.
- 2) Espera-se que não existam diferenças nos conhecimentos e atitudes sobre VIH/SIDA entre os jovens do Norte e os do Resto do país. Espera-se encontrar diferenças nas fontes de conhecimento em que os jovens do Norte recorram mais à religião.
- 3) Que os alunos que ainda não tiveram relações sexuais apresentem menos comportamentos de risco e uma melhor adaptação escolar (factor de protecção).

- 4) Espera-se que os alunos que já tenham tido relações sexuais, apesar de terem uma maior propensão para o risco, se sintam mais à vontade para comunicar e negociar com o parceiro e que tenham mais conhecimentos sobre VIH/SIDA e menos preconceitos (factores de protecção).

2. Método

2.1 Participantes

A seguinte análise de dados quantitativos foi elaborada com base numa amostra parcial do estudo HBSC 2002. A mesma foi constituída de forma aleatória tendo representatividade nacional para os jovens que frequentam o 6º, 8º e 10º anos de escolaridade no ensino público.

A amostra utilizada pelo estudo HBSC 2002 foi constituída por 6131 alunos, frequentando os 6º, 8º e 10º anos de escolaridade do ensino público, em Portugal Continental, sendo que, no presente estudo, nos vamos cingir aos alunos do 10º ano (1581). Os grupos de idade foram escolhidos de acordo com os critérios do protocolo internacional (Currie *et al.*, 2000; 2004) no sentido de representar diferentes fases da adolescência: 11 anos – desafio das mudanças físicas e emocionais; 13 anos – idade intermédia em que são importantes as decisões de vida e de carreira que vão ser tomadas à idade dos 15 anos. A selecção dos alunos do 10º ano justifica-se pelo facto de nos centrarmos em questões de foro sexual às quais no estudo original apenas responderam os alunos do 8º e 10º anos.

A amostra inicial foi também estratificada, proporcionalmente, pelas cinco Regiões do Continente (Norte, Centro, Lisboa e Vale do Tejo, Alentejo, Algarve) pelos autores do estudo HBSC 2002, tendo sido recodificada no presente estudo em duas Regiões (Norte e resto do país).

2.2. Medida e recolha de dados

2.2.1. Instrumento de medida

O presente estudo utilizou, como instrumento, um questionário retirado do Estudo HBSC/OMS (*Health Behaviour in School-aged Children*). Este último é um estudo colaborativo da Organização Mundial de Saúde que tem por propósito percepcionar os estilos de vida dos adolescentes e os seus comportamentos nos

vários âmbitos das suas vidas. Iniciou-se em 1982 com investigadores de três países (Finlândia, Noruega e Inglaterra) tendo sido, pouco tempo depois, adoptado pela OMS, como um estudo colaborativo. Actualmente a rede é constituída por 44 países, entre os quais Portugal, integrado desde 1996 e membro associado desde 1998 (Currie, Samdal, Boyce & Smith, 2001).

Os objectivos do HBSC prendem-se com a compreensão dos comportamentos de saúde dos adolescentes, dos seus estilos de vida e dos seus contextos sociais. Podem sintetizar-se da seguinte forma: (a) iniciar e manter uma pesquisa nacional e internacional sobre os comportamentos de saúde e contextos sociais nos adolescentes em idade escolar; (b) contribuir para o desenvolvimento teórico, conceptual e metodológico em áreas de pesquisa dos comportamentos de saúde e do contexto social da saúde nos adolescentes; (c) recolher dados relevantes que contribuam para ajudar a monitorizar a saúde e os comportamentos de saúde nos adolescentes dos países membros; (d) fazer a ligação com os objectivos da OMS, especialmente na monitorização dos objectivos principais do HEALTH 21, no que respeita os comportamentos de saúde dos adolescentes; (e) apoiar o desenvolvimento da promoção da saúde dos adolescentes em idade escolar; (f) promover e apoiar os peritos nacionais bem como estabelecer e fortalecer uma rede de peritos internacionais nesta área.

O estudo HBSC criou e mantém uma rede internacional dinâmica nesta área da saúde dos adolescentes. Esta rede permite que cada um dos países membros contribua e adquira conhecimento com a colaboração e troca de experiências com os outros países participantes. O questionário internacional, para o estudo HBSC, é desenvolvido através de uma investigação cooperativa entre os investigadores dos países. Como é habitual em estudos de cariz internacional, os países membros do HBSC têm de respeitar um protocolo de pesquisa e procedimentos comuns (Currie, Samdal, Boyce & Smith, 2001). Portugal realizou um primeiro estudo-piloto em 1994 (Matos *et al.*, 2000); o primeiro estudo nacional foi realizado em 1998 (Matos *et al.*, 2000), o segundo em 2002 (Matos *et al.*, 2003), e o terceiro em 2006 (Matos *et al.*, 2006).

O instrumento utilizado é um questionário de auto-preenchimento intitulado “Comportamento e Saúde em Adolescentes em Idade Escolar”. Trata-se de uma adaptação portuguesa do *Health Behaviour of School Aged-Children* (Currie *et al.*, 2001), efectuada pela equipa do projecto Aventura Social (Matos *et al.*, 2003). Este instrumento engloba variáveis macrossociais de controle (idade, género, estatuto

socio-económico), questões relativas à saúde positiva, consumo de álcool, tabaco e drogas, actividade física, lesões e violência, família, grupo de pares e lazer, cultura de grupo e questões relacionadas com o comportamento sexual e atitudes e conhecimentos face ao VIH/SIDA. Este estudo debruçou-se sobre as questões da violência (*bullying*), dos consumos (álcool), do ambiente escolar e do comportamento sexual e conhecimentos face à VIH/SIDA (cf. Anexo I).

2.2.2 Recolha de dados

A recolha de dados realizada em 2002 iniciou-se com o processo de selecção das escolas, posteriormente contactadas e convidadas a participar no estudo. Após o envio dos questionários e respectivas instruções, o preenchimento teve lugar nas salas de aula, de forma anónima e voluntária.

2.3 Análise dos dados

Após a devolução dos questionários, estes foram numerados e introduzidos na base de dados do “*Statistical Package for Social Science – SPSS – Windows*” (versão 17.0). Foi realizada a estatística descritiva das variáveis utilizadas com apresentação das frequências e percentagens. Aplicou-se, igualmente, o Teste do Qui-quadrado (estudo da distribuição em variáveis nominais) com análise de residuais ajustados (para localização dos valores significativos). Iremos passar à apresentação dos resultados.

3. Resultados

3.1. Estatística descritiva

De acordo com o supra citado, os dados apresentados referem-se aos alunos do 10º ano que responderam ao estudo HBSC 2002. A amostra era constituída por 1581 alunos com uma média de idades de 16.25 (dp=0.91). Embora a amostra tenha na sua composição mais jovens do sexo feminino do que do sexo masculino, as percentagens apresentam um relativo equilíbrio (47.9% rapazes e 52.1% raparigas). No presente estudo, a variável Região foi recodificada de forma a proceder-se à comparação entre os alunos da Região do Norte com os alunos das outras regiões do país (Lisboa, Centro, Alentejo e Algarve) que correspondem respectivamente a 41.1% e 58.9% dos alunos (cf. Quadros 1 a 18, Anexo II).

No âmbito dos comportamentos sexuais e apesar de nos termos focalizado somente nos alunos do 10º ano (que à partida terão maior probabilidade de ter tido relações sexuais que os alunos do 6º e 8º ano), apenas 440 alunos (28.2%) afirmou ter tido relações sexuais. A maioria dos jovens inquiridos (dos que afirmaram já ter iniciado a sua vida sexual) indicou como idade da primeira relação sexual os 15 anos (33%). Deste grupo de adolescentes que afirmaram ter tido relações sexuais, a grande maioria declarou já ter utilizado preservativo como método contraceptivo.

Quando questionados sobre como se sentiriam a conversar com o parceiro sobre o uso de preservativo, 81.7% afirmou sentir-se à vontade ou mesmo muito à vontade para o fazer. A percentagem de respostas é praticamente idêntica quando o que está em questão é o grau de à vontade para convencer o parceiro a usar preservativo (80.2% à vontade e muito à vontade) e a recusa de ter relações sexuais caso não queira (79.8% à vontade e muito à vontade). No entanto, quando se indagou como se sentiriam a recusar ter relações sexuais sem usar preservativo na situação de o par sexual não quisesse usar, o número de alunos que afirmou sentir-se à vontade e muito à vontade diminuiu ligeiramente (73.4%).

Relativamente aos conhecimentos sobre os modos de transmissão do VIH/SIDA, a maioria considerou acertadamente que o uso de uma seringa/agulha infectada (96.5%), relações entre homens sem preservativo (75.3%), a via mãe infectada-bebé (94%), uma transfusão de sangue (91%) e relações sexuais sem preservativo, nem que seja uma só vez (93.4%), constituem modos de transmissão do vírus da SIDA. Na óptica dos modos de transmissão incorrectos, apenas uma minoria de jovens ponderou que a tosse/espirro (7.3%), abraçar alguém infectado (1.9%) e comer ou beber com utensílios já usados por outros (17.8%) pode expor alguém ao risco de contrair VIH. Para além disso, 76.4% dos jovens discordou da eventual protecção do VIH através da toma da pílula e concordou com a possibilidade de alguém infectado parecer saudável (80.8%).

A nível das atitudes em relação às pessoas infectadas, apesar de aproximadamente 13% dos sujeitos ter transparecido alguma ambivalência, a maioria discordou da hipótese de deixar de ser amigo de alguém infectado (83%). 75.4% dos jovens inquiridos concordou, ou concordou totalmente, com a inclusão de indivíduos infectados com VIH no contexto escolar. No que concerne a equacionamento da possibilidade de assistir a uma aula ao lado de uma pessoa infectada com VIH, a percentagem de respostas “concordo” e “concordo totalmente” é bastante similar à anterior (78.4%). No caso de se tratar de um amigo infectado, 90.7% dos jovens

concordou (parcial ou totalmente) com a hipótese de visitar esse mesmo amigo/a. Apenas 4.7% dos alunos atestaram concordar (ou concordar totalmente) com a ideia de que os indivíduos infectados deviam viver à parte do resto da população. Embora grande parte dos jovens tenha afirmado sentir-se à vontade e muito à vontade para falar com os progenitores sobre SIDA e outras IST (69.8%), esta percentagem aumenta quando está em questão o grau de à vontade para falar sobre o mesmo tema com pessoas de idades semelhantes (94.6%). Quanto às fontes de informação no domínio do VIH/SIDA, o principal veículo de conhecimento apontado pelos inquiridos foi a televisão (79.2%). Seguem-se os folhetos (75.6%), o falar com um amigo (74.1%) e com o/a namorado/a (59.8%).

Em relação ao consumo abusivo de álcool culminando na embriaguez constata-se que, embora cerca de 10.8% dos jovens declarassem ter-se embriagado entre 4 a 10 vezes, a grande maioria dos participantes no estudo afirmou nunca ter vivido este estado (59.3%).

Outra das dimensões seleccionadas para este estudo foi a da violência que assume a forma de lutas e *bullying*. O primeiro comportamento apresentou, segundo as respostas dos alunos, uma baixa incidência. Aproximadamente 80% dos jovens referiu nunca se ter envolvido em lutas no último ano. As manifestações de *bullying* parecem seguir a mesma tendência sendo que 65.7% dos inquiridos afirmou nunca ter sido provocado nos últimos dois meses e 70.3% declarou não ter provocado outro estudante nos últimos doze meses, ambos fazendo referência ao contexto escolar. No entanto, ainda assim, 539 alunos afirmaram ter provocado um colega e 467 jovens referiram ter sido vítimas de provocação por parte de outro estudante.

No contexto escolar, particularmente na avaliação da percepção dos professores sobre a capacidade académica, 58.2% dos alunos estimou que fosse média e 30.8% boa. 853 alunos manifestaram gostar relativamente da escola, 306 “não gostar muito” e 282 “gostar muito”. Quando questionados sobre a segurança na escola, a percepção geral foi bastante positiva uma vez que, 34.3% conotou a escola como permanentemente e 34.6% como frequentemente segura. A avaliação da sensação de pressão com trabalhos de casa foi mediana (45.7% considerou que existe alguma pressão).

3.2 Resultados relativos às questões de investigação

Quando se procedeu à comparação entre a Região do Norte e o resto do país (cf. quadro 19) relativamente às variáveis supra-mencionadas, foram encontradas algumas diferenças significativas. A primeira diferença diz respeito às quantidades de álcool consumidas ($\chi^2 (4) = 23,372$; $p = .000$), sendo que os adolescentes do resto do país referem mais frequentemente do que os adolescentes da Região do Norte ter-se embriagado mais de dez vezes (6.3%). Em contraste, os adolescentes do Norte afirmam mais vezes que os do resto do país nunca se terem embriagado (64.3%).

No âmbito da violência entre pares, a única relação inter-regional estatisticamente significativa consistiu na incidência de actos provocatórios por parte dos agressores em relação às suas vítimas ($\chi^2 (4) = 10,363$; $p = .035$). Os jovens do Norte declararam um maior número de vezes não terem provocado ninguém nos últimos doze meses (73.3%) e, por sua vez, os adolescentes do resto do país pareceram provocar mais vezes na categoria “duas ou três vezes por semana” no decorrer do último ano (3.7%).

Outra dimensão em que se projectam realidades distintas em função da localização geográfica dos alunos é a que se refere ao domínio da capacidade escolar ($\chi^2 (3) = 15,189$; $p = .002$). Os alunos do Norte avaliam a percepção dos professores sobre a sua capacidade académica como positiva de forma mais frequente (34,6% “boa”), ao passo que, os jovens do resto do país aludem mais vezes a capacidade inferior à média (7.3%), como percepção dos professores em relação ao potencial dos próprios alunos. Quer o sentimento quer a sensação de segurança em relação à escola quer o índice de pressão subjacente aos trabalhos de casa não parecem indicar variações regionais.

Não existem diferenças estatisticamente significativas no que respeita a utilização de preservativo entre os participantes no estudo, de acordo com a localização geográfica no país. No entanto, os jovens provenientes das regiões Centro, Lisboa e Vale do Tejo, Alentejo e Algarve aparentam uma maior convicção e solidez nos conhecimentos sobre as formas de transmissão de VIH/SIDA em relação aos adolescentes da Região do Norte. Estas diferenças são estatisticamente significativas em relação à possibilidade de transmissão entre dois homens que tenham uma relação sexual sem preservativo ($\chi^2 (2) = 8,937$; $p = .011$), em que os jovens do Norte afirmam mais frequentemente não estarem certos da resposta (22.5%), enquanto que os do resto do país se sentem mais seguros na identificação de um veículo de infecção (77.3%). Quando se avalia a existência da probabilidade de contágio do VIH/SIDA pela via da tosse/espirro, os inquiridos da Região do Norte

consideram mais vezes tratar-se de um meio de propagação (9.5%) do que os do resto do país, que avaliam com maior regularidade como via inócua em relação à transmissão do vírus (79%). Um resultado similar encontra-se na avaliação da possibilidade de transmissão de VIH/SIDA através da utilização de utensílios para comer e beber já usados por outros ($\chi^2 (2) = 7,949$; $p = .019$), afirmação com a qual os alunos do Norte parecem concordar (21%) e os do resto do país discordar mais frequentemente (63.4%). Não foram encontradas diferenças entre o Norte e as restantes regiões de Portugal quanto às atitudes em relação aos indivíduos infectados com VIH.

Quando se procedeu à comparação das regiões em função das fontes de informação e aprendizagem sobre VIH/SIDA, apenas uma apresentou diferenças estatisticamente significativas: A frequência com que os alunos das diversas regiões recorrem às fontes materiais (folhetos, livros, televisão, *internet*) e às sociais (familiares, amigos, professores e namorados) não parece divergir entre os adolescentes do Norte e do resto do país à excepção do facto de os primeiros se dirigirem mais frequentemente a um padre ou a um grupo religioso (11%) no sentido de debater as questões do VIH/SIDA que os alunos do resto do país (67.9%); ($\chi^2 (2) = 6,939$; $p = .031$). Outra dissemelhança de cariz geográfico ($\chi^2 (1) = 18,106$; $p = .000$) prende-se com o facto dos jovens que não são do Norte aparentemente manifestarem mais vezes já terem tido relações sexuais (32.3%) em comparação com os jovens Norte do país (77.6%).

Quadro 19 - Síntese das principais diferenças significativas na comparação entre a Região do Norte e o resto do país

	Região do Norte (N= 650, 41.1%)		Resto do país (N= 931, 58.9%)		
	N	%	N	%	χ²
Frequência de embriaguez:					
Nunca	414	64.3	516	55.9	23.372***
Uma vez	108	16.8	153	16.6	
2-3 vezes	73	11.3	133	14.4	
4-10 vezes	36	5.6	63	6.8	
Mais de 10	13	2.0	58	6.3	
Frequência de provocação (últimos 12 meses):					
Nunca	474	73.3	632	68.3	10.363*
1-2 vezes	131	20.2	208	22.5	
2-3 vezes/mês	10	1.5	34	3.7	
1 vez/semana	13	2.0	14	1.5	
Várias vezes/semana	19	2.9	38	4.1	
Percepção da avaliação dos professores sobre a capacidade escolar:					
Muito boa	37	5.7	44	4.8	15.189**
Boa	223	34.6	261	28.2	
Média	361	56.0	553	59.7	
Inferior à média	24	3.7	68	7.3	

Transmissão do VIH através da tosse/espirro:					
Sim	61	9.5	54	5.9	11.020**
Não	467	72.4	728	79.0	
Não sei	117	18.1	139	15.1	
Transmissão do VIH nas relações sexuais homem com homem:					
Sim	464	72.5	709	77.3	8.937*
Não	32	5.0	56	6.1	
Não sei	144	22.5	152	16.6	
Transmissão do VIH pela partilha de utensílios de comer/beber:					
Sim	135	21.0	142	15.5	7.949*
Não	376	58.4	581	63.4	
Não Sei	133	20.7	193	21.1	
Aprender sobre SIDA com padre/grupo religioso:					
Sim	70	11.0	68	7.4	6.939*
Não	403	63.1	623	67.9	
Talvez	166	26.0	226	24.6	
Ter tido relações sexuais:					
Sim	143	22.4	297	32.3	18.106***
Não	495	77.6	623	67.7	

* p<.05; **p<.01; ***p<.001

A negrito: valores a que corresponde um residual ajustado ≥ 1.9

A segunda variável independente do estudo é ter tido ou não relações sexuais (cf. quadro 20), tendo-se verificado uma associação entre já ter tido relações sexuais e ter-se embriagado entre duas a dez vezes ou mais (45.6%); (χ^2 (4) = 216,500; p = .000). Os alunos que ainda não iniciaram a sua vida sexual afirmam mais frequentemente nunca se terem embriagado (69.2%). No mesmo sentido, os adolescentes que declararam já ter tido relações sexuais indicam mais vezes ter-se envolvido numa luta, entre 1 a 4 vezes (31%), nos últimos doze meses, e os que afirmam não ter tido relações sexuais indicam mais frequentemente não se ter envolvido em lutas (84.9%); (χ^2 (4) = 64,559; p = .000). Ainda, à semelhança dos resultados encontrados a nível de regiões, nas dinâmicas de *bullying* a única diferença significativa entre adolescentes que já tiveram relações sexuais e que ainda não tiveram consiste nos agressores (provocar) (χ^2 (4) = 54,204; p = .000). Os jovens que já tiveram relações sexuais parecem envolver-se de forma mais assídua (2 a 3 vezes por mês, no último ano) nos comportamentos de provocação (12.8%). Os que ainda não tiveram atestam mais vezes não terem provocado ninguém nos últimos doze meses (73.5%).

Foi no contexto escolar que se encontraram mais diferença significativas entre os adolescentes que já tiveram relações sexuais e os que ainda não se iniciaram sexualmente. Estes parecem classificar mais vezes como “boa” a percepção que os professores têm em relação à capacidade escolar dos alunos (32.6%). Os adolescentes que já tiveram relações sexuais tendem a considerar com mais frequência a mesma percepção como “inferior à média” (9.8%); (χ^2 (3) = 21,052; p = .000). O sentimento em relação à escola pende no mesmo sentido (χ^2 (3) = 47,283; p = .

000).. Os inquiridos que indicam já ter tido relações sexuais situam-se dentro dos jovens que mais afirmam “não gostar muito” e “não gostar nada” da escola (40.4%). Já os que ainda não tiveram expressam mais habitualmente “gostar um pouco” e “gostar muito da escola” (76.8%). Em relação à percepção do sentimento de segurança na escola, também se verificaram diferenças estatisticamente significativas ($\chi^2 (4) = 31,988$; $p = .000$). em que os alunos que já iniciaram a sua vida sexual mencionam mais vezes “raramente” ou “nunca” se sentirem seguros na escola (11.4%) e os que ainda não iniciaram afirmam mais vezes sentirem-se “frequentemente” seguros neste contexto (37.5%). Os alunos que nunca tiveram relações sexuais parecem sentir mais pressão com os trabalhos de casa (48.6% “alguma”) do que os que já tiveram (“nenhuma” 17.8%); ($\chi^2 (3) = 21,452$; $p = .000$).

Ao nível dos conhecimentos e mitos sobre as formas de transmissão do VIH/SIDA, constataram-se diferenças significativas (em relação a quem iniciou ou não a vida sexual) apenas na hipótese da via tosse/espirro ($\chi^2 (2) = 8,623$; $p = .013$). Quem já teve relações sexuais mostra mais vezes dúvida em relação à premissa (“não sei” 20.4%), ao passo que, os jovens que ainda não tiveram relações sexuais estão, mais vezes, acertadamente seguros (“não” 78.2%). No plano das atitudes, os alunos que tiveram relações sexuais patenteiam mais preconceitos em relação aos indivíduos infectados com VIH, discordando mais vezes parcial e totalmente da hipótese de visitarem um amigo infectado com VIH/SIDA (3.9%); ($\chi^2 (4) = 13,961$; $p = .007$). Ter tido relações sexuais parece potenciar o grau de à vontade para falar com os pares sobre SIDA ($\chi^2 (4) = 24,253$; $p = .000$). Quem já teve relações sexuais está mais vezes “muito à vontade” para conversar com pessoas da mesma idade sobre SIDA (67.2%) em oposição aos adolescentes que ainda não tiveram relações sexuais e que parecem estar menos à vontade para abordar esta temática com os seus pares (“pouco à vontade” 4%).

Quem teve relações sexuais parece estar mais predisposto a socorrer-se de fontes presenciais como o médico de família (37.2%). Em contraste, quem ainda não teve relações sexuais indica mais frequentemente que “talvez” recorresse ao médico de família para aprender mais ou esclarecer dúvidas sobre o VIH/SIDA (37.6%); ($\chi^2 (2) = 12,090$; $p = .002$). Apesar de as diferenças serem menos significativas, a hipótese de apelar a um centro de saúde segue exactamente a mesma tendência da hipótese do médico de família ($\chi^2 (2) = 6,959$; $p = .031$). Por outro lado, os adolescentes que ainda não tiveram relações sexuais mantêm a incerteza em relação à possibilidade de ouvir um programa de rádio sobre VIH/SIDA para aprenderem mais ou para se

tranquilizarem em relação a alguma preocupação (33.4%). Os jovens que já tiveram recusam de forma mais determinante a possibilidade de o rádio constituir uma fonte de informação nesta matéria (27.8%); ($\chi^2 (2) = 7,156$; $p = .028$). A *Internet* é mais vezes referida como potencial fonte de conhecimento e esclarecimento sobre VIH/SIDA pelos jovens que ainda não tiveram relações sexuais (56.4%) ao passo que os que já tiveram voltam a recusar essa possibilidade (23.1%); ($\chi^2 (2) = 8,534$; $p = .014$). Extremamente significativa é a diferença entre os adolescentes que já e os que ainda não tiveram relações sexuais no que respeita à possibilidade de falar com o/a namorado/a para atenuar uma preocupação ou obter informação acerca do VIH/SIDA ($\chi^2 (2) = 46,650$; $p = .000$). Assim, os jovens que já tiveram relações sexuais assumem mais vezes o parceiro como hipotética fonte de informação (73.3%); os que ainda não tiveram apresentam maiores dúvidas sobre se recorreriam ou não (28%). Comparando a variável ter tido relações sexuais com a variável região foram encontradas diferenças bastante significativas ($\chi^2 (1) = 18,106$; $p = .000$) sendo que no Norte do país há mais jovens do 10º ano que ainda não iniciaram a sua vida sexual (e no resto do país, pelo contrário, há mais adolescentes que já tiveram relações sexuais).

Quadro 20 - Síntese das principais diferenças significativas na comparação entre os alunos que já tiveram e ainda não tiveram relações sexuais

Relações Sexuais	Iniciou (N= 440, 28.2%)		Não iniciou (N= 1118, 71.8%)		χ^2
	N	%	N	%	
Freq. de embriaguez:					
Nunca	149	34.3	767	69.2	216.500***
Uma vez	88	20.2	169	15.2	
2-3 vezes	86	19.8	118	10.6	
4-10 vezes	60	13.8	37	3.3	
Mais de 10	52	12.0	18	1.6	
Freq. de envolvimento em lutas (últimos 12 meses):					
Nunca	300	69.0	942	84.9	64.559***
1 vez	65	14.9	104	9.4	
2 vezes	27	6.2	38	3.4	
3 vezes	14	3.2	10	.9	
4 vezes ou mais	29	6.7	16	1.4	
Freq. de provocação(últimos 12 meses):					
Nunca	276	63.0	818	73.5	54.204***
1-2 vezes	97	22.1	234	21.0	
2-3 vezes/mês	18	4.1	26	2.3	
1 vez/semana	9	2.1	18	1.6	
Várias vezes/semana	38	8.7	17	1.5	
Percepção da avaliação dos professores sobre a capacidade escolar:					
Muito boa	20	4.6	61	5.5	21.052***
Boa	113	25.9	363	32.6	
Média	261	59.7	640	57.5	
Inferior à média	43	9.8	49	4.4	

Sentimento em relação à escola:					
Gosto muito	57	13.0	221	19.8	47.283***
Gosto um pouco	205	46.7	635	57.0	
Não gosto muito	121	27.6	181	16.2	
Não gosto nada	56	12.8	78	7.0	
Segurança na escola:					
Sempre	165	37.6	370	33.1	31.988***
Frequentemente	119	27.1	419	37.5	
Às vezes	105	23.9	272	24.4	
Raramente	26	5.9	35	3.1	
Nunca	24	5.5	31	1.9	
Pressão c/ TPC:					
Nenhuma	78	17.8	122	10.9	21.452***
Um pouco	126	28.8	295	26.5	
Alguma	164	37.5	542	48.6	
Muita	69	15.8	156	14.0	
Transmissão do VIH pela tosse/espiro:					
Sim	37	8.5	76	6.9	8.623**
Não	311	71.2	866	78.2	
Não sei	89	20.4	166	15.0	
Visitar amigo infectado c/ VIH:					
Concordo totalmente	276	63.4	706	63.8	13.961**
Concordo	111	25.5	304	27.5	
Não tenho a certeza	31	7.1	79	7.1	
Discordo	6	1.4	1	.1	
Discordo totalmente	11	2.5	16	1.4	
Conversar c/ pares sobre SIDA:					
Muito à vontade	293	67.2	599	54.3	24.253***
À vontade	130	29.8	437	39.6	
Pouco à vontade	6	1.4	44	4.0	
Nada à vontade	3	.7	9	.8	
Não falo c/ eles sobre isso	4	.9	15	1.4	
Aprender sobre SIDA consulta centro de saúde:					
Sim	177	40.7	374	33.6	6.959**
Não	96	22.1	281	25.2	
Talvez	162	37.2	459	41.2	
Aprender sobre SIDA c/ médico de família:					
Sim	162	37.2	314	28.2	12.090**
Não	132	30.3	381	34.2	
Talvez	141	32.4	419	37.6	
Aprender sobre SIDA c/ programa de rádio:					
Sim	189	43.3	500	44.9	7.156**
Não	121	27.8	241	21.7	
Talvez	126	28.9	372	33.4	
Aprender sobre SIDA c/ Internet:					
Sim	225	51.5	627	56.4	8.534**
Não	101	23.1	186	16.7	
Talvez	111	25.4	299	26.9	
Aprender sobre SIDA c/ namorado(a):					
Sim	321	73.3	601	54.4	46.650***
Não	47	10.7	195	17.6	
Talvez	70	16.0	309	28.0	

* p<.05; **p<.01; ***p<.001

A negrito: valores a que corresponde um residual ajustado ≥ 1.9

4. Discussão

Os objectivos desta tese eram perceber a existência de eventuais relações entre alguns comportamentos de risco e compreender a importância da iniciação sexual e do contexto cultural na adopção dos referidos comportamentos (consumo de

álcool, *bullying*, comunicação ineficaz na sexualidade, atitudes negativas em relação às pessoas portadoras de VIH). Das hipóteses formuladas confirma-se que os alunos do Norte (em comparação com os do resto do país) parecem iniciar a sua vida sexual mais tarde, apresentar menos comportamentos de risco e revelar uma maior adaptação escolar/avaliação mais positiva da escola. Também se verificou que recorrem mais frequentemente (que os jovens do resto do país) a um padre/grupo religioso para se informarem sobre sexualidade e SIDA. Contudo, esta foi a única fonte de informação com diferenças estatisticamente significativas. Para além disso também denotam, ao contrário do que foi hipotetizado, conhecimentos menos sólidos sobre VIH/SIDA. À semelhança dos resultados de outros estudos, uma percentagem mais reduzida de comportamentos de risco pode ter na sua raiz fortes convicções religiosas manifestas num grande auto-controlo (Archibald, 2007). Se reflectirmos sobre os conceitos *Focauldianos* (2005) de ética (uma prática, maneira de reflectir de cada um em relação ao modo como se constitui a si mesmo como sujeito moral inserido num determinado código) e de moral (conjunto de regras) que se relacionam pelo facto de a ética ser o comportamento real dos indivíduos em relação à moral (às regras instituídas), poder-se-á dizer que a ética (comportamentos) destes jovens é congruente com a moral (regras/crenças religiosas).

Em relação à terceira e quarta hipóteses, também se confirmou que os alunos que ainda não tiveram relações sexuais parecem apresentar menos comportamentos de risco e uma melhor adaptação escolar. Os alunos que já tiveram relações sexuais parecem sentir-se mais aptos e confortáveis para comunicar/negociar com o parceiro e recorrer a fontes de informação presenciais. Embora só tenham sido encontradas diferenças estatisticamente significativas em duas questões, os jovens que já iniciaram a sua vida sexual parecem (conforme esperado) ter mais conhecimentos (mesmo em algumas respostas sem significância estatística) sobre VIH/SIDA mas (ao contrário do esperado) mais preconceitos. Contudo, conforme já foi referido, não existe uma base que permita extrapolar e generalizar os resultados sobretudo no que respeita a evidência de preconceito.

No cômputo geral, obteve-se resultados interessantes que indicam que, quer o contexto cultural (medido através da Região do país) quer a iniciação sexual se constituem como variáveis com alguma preponderância na adopção de comportamentos de risco, sobretudo a última. A idade da primeira relação sexual assemelha-se aos resultados obtidos em outras investigações (Alfaro *et al.*, 2007; Vilar & Ferreira 2008). Do universo possível de fontes de informação/atenuação de

preocupações salientam-se os pares, os parceiros, fontes *face-to-face* (como o médico de família), no caso dos jovens que já iniciaram a sua vida sexual, e fontes indirectas (como o rádio e a *Internet*) para os adolescentes que ainda não tiveram relações sexuais. Este resultado reforça o impacto que as novas tecnologias podem ter nos jovens em geral e, em particular, nos que ainda não tiveram relações sexuais, sendo importante a disponibilidade e veracidade da informação a que recorrem.

Desta selecção de fontes de informação os pais foram remetidos, pelos filhos, para um plano secundário (em concordância com Vilar & Ferreira, 2008). A falta de preparação e insegurança dos pais para dialogar com os filhos sobre sexualidade são percepções referidas pelos próprios jovens (Dias, Matos & Gonçalves, 2007). Assim, concomitantemente à intervenção centrada no jovem, seria interessante trabalhar com os adultos/pais a importância e o grau de conforto para comunicar com os jovens, contribuindo, também, para combater a ruptura com a tradição (Coimbra & Menezes, 2009). Apelando à nossa experiência na comunidade, parece-nos que, sobretudo no plano sexual, muitos pais não sabem o que dizer aos filhos, pensam que é muito cedo para abordar determinadas questões (quando os filhos sabem e observam bastante mais conteúdos sexuais do que eles pensam) ou julgam não ser necessário comunicar com eles, uma vez que sabem tudo. A hesitação sobre que património transmitir aos filhos decorre de mudanças sociais drásticas. Por um lado, assiste-se ao enfranquecimento dos canais de transmissão e, por outro, à precarização do trabalho e das relações de intimidade, originando a ruptura com a tradição e exponenciando a individualização (Coimbra & Menezes, 2009).

Conforme já foi referido e, de acordo com o que esperávamos, parece ser no Norte que a religião tem um impacto mais preponderante, o que é visível no facto de os adolescentes desta região recorrerem mais frequentemente a um padre para esclarecer dúvidas sobre VIH. Deve, assim, ser tido em atenção que o factor da religiosidade origina valores morais que podem regular os comportamentos sexuais (Reis & Vilar, 2004). No entanto, também é na Região do Norte que os jovens parecem ter menos conhecimentos sobre a matéria (formas de transmissão), resultado inesperado e que poderá indicar que existirão outras fontes mais fidedignas. Os resultados deste trabalho perspectivam a forte possibilidade de existir uma relação entre religião e uma atitude proibitiva em relação ao álcool (Francis *et al.*, 2005; Michalak *et al.*, 2007; Piko & Fitzpatrick, 2004; Sinha *et al.*, 2007; Viner *et al.*, 2006), uma vez que os jovens do Norte, mais religiosos, são também os que consomem menos. No nosso ponto de vista e com base na revisão da literatura, apesar de existir

uma multiplicidade de religiões que preconizam crenças e práticas diferentes entre si, as várias religiões têm em comum o facto de serem socializadoras. A religião, como vimos, apresenta uma forte componente moral (incutida nos escuteiros, na catequese, na missa) mas também proporciona, a par dessa regulação social/comportamental, um projecto de vida. Ora, o adolescente não pode ir contra o projecto com o qual está comprometido ou, pelo menos, não o tentará fazer.

Curiosamente, foram encontrados dois padrões que parecem ser semelhantes: o primeiro entre os comportamentos dos jovens do Norte do país e dos que ainda não tiveram relações sexuais; e o segundo, entre os adolescentes do resto do país e os que já tiveram relações sexuais. A explicação parece residir no facto de existirem mais jovens que já iniciaram a sua vida sexual no resto do país. A iniciação sexual pode ser um dos elementos-chave, uma vez que, quem já teve relações sexuais parece adoptar mais comportamentos de risco (consumo de álcool, envolvimento em lutas e agressão/*bullying*), apresentar uma menor adaptação ao contexto escolar (gostam menos da escola, consideram mais negativa a percepção dos professores sobre as capacidades do aluno) e revelar mais preconceitos em relação às pessoas portadoras de VIH. No entanto, convém sublinhar que não é desejável nem ético “rotular” linearmente os jovens que já iniciaram a sua vida sexual como potenciais envolvidos em vários comportamentos de risco. A experiência de campo diz-nos que, nem todos os jovens provenientes de meios particularmente empobrecidos e de famílias desestruturadas, se vão tornar delinquentes, apesar de serem factores de risco (Ruzany *et al.*, 2003). Desta forma, uma iniciação sexual mais tardia pode ser mais protectora, sem que isto implique que todos os jovens que iniciam a actividade sexual mais precocemente estejam necessariamente em risco. O que podemos aludir é que para grandes grupos, a probabilidade de risco é maior para os adolescentes que iniciam a vida sexual mais precocemente. Para além disso, a sexualidade não pode ser considerada como variável preditora sem levarmos em conta o papel de eventuais variáveis mediadoras socio-culturais por identificar (factores de protecção e de risco). O efeito cumulativo de factores de risco (onde se inclui a iniciação sexual precoce), num contexto desprotegido, pode potenciar o risco de forma exponencial, dado origem à desviância e à exclusão.

Os jovens que já tiveram relações sexuais, comparativamente com os jovens que ainda não são sexualmente activos, também parecem gostar mais da escola e, sentir uma maior pressão em relação aos trabalhos de casa. Estes resultados são congruentes com o facto, facilmente constatado na prática profissional, de que os

jovens que ainda não tiveram relações sexuais se envolvem em menos comportamentos de risco e, não dispendem a sua energia pelo mesmo número de actividades do que os que já tiveram. A escola assume uma maior preponderância na vida destes jovens (cuja actividade sexual ainda não se iniciou), o que os leva a estarem mais preocupados e concentrados nos resultados escolares. Também os jovens da Região do Norte onde, como vimos, o abandono escolar precoce é mais frequente (Caetano, 2005), parecem gostar mais da escola porventura pelo facto de já se tratar de uma selecção de adolescentes “resilientes”, ou seja, que resistiram à adversidade do contexto onde se inserem, apresentando uma maior motivação para a escola.

A presença destes comportamentos de risco em jovens que, eventualmente, terão iniciado precocemente as relações sexuais em associação aos consumos, à violência e à má adaptação escolar, pode desaguar em alguns problemas. A possibilidade da ocorrência de relações sexuais sob o efeito de substâncias pode ser um deles, aumentando a vulnerabilidade a jovens [(para além da indesejabilidade da relação (Lomba *et al.*, 2008)] a uma gravidez indesejada ou a transmissão de uma IST. A violência, na forma de envolvimento em lutas e de agressão entre pares, (associada muito significativamente aos jovens que já iniciaram a sua vida sexual) pode estar associada a um fraco envolvimento com o contexto escolar, perspectivado como bastante negativo por estes jovens. Os resultados apresentados e a nossa experiência profissional suportam a plausibilidade de que programas de prevenção de comportamentos sexuais de risco devam ter início o mais cedo possível no sentido de facilitar o desenvolvimento de atitudes e auto-estima positivas por parte dos jovens (DiClemente *et al.*, 1992). Para além disso a perspectiva defendida nesta tese vai ao encontro de que a educação sexual não antecipa o início das relações sexuais podendo ser um factor de algum adiamento. Tem ainda a vantagem de tornar a sexualidade mais gratificante e aumentar a probabilidade dos jovens ingressarem em mais comportamentos protectores (Vilar & Ferreira, 2008).

Efectivamente, somos quotidianamente desafiados, enquanto profissionais, a trabalhar competências e conteúdos sexuais/afectivos com jovens até aos 19 anos e, em contextos mais deprotegidos (bairros problemáticos) ou até punitivos (Centros Educativos), sentindo que seria necessário uma intervenção muito mais precoce que “abrisse caminho” para uma vivência sexual positiva/desmistificada ou até evitasse a construção de percursos desviantes. Crenças erróneas, desconhecimentos básicos, fobias em relação a diferentes orientações sexuais e uma moralidade severa sobre

terceiros, são realidades frequentes na nossa experiência de terreno. É tendo sempre em consideração a nossa “luta” permanente que consideramos que os exercícios de tomada de decisão e debates sobre o valor do preservativo também devem ser fomentados (DiClemente *et al.*, 1992). Consideramos, portanto, que embora os anos do ensino básico e secundário constituam um período crítico para a aquisição e desenvolvimento de competências e comportamentos adequados de prevenção do VIH (Goh, Primavera & Bartalini, 2001), é importante redireccionar as estratégias para idades mais precoces, no sentido de desenvolver não só os afectos mas a liberdade de viver e/ou respeitar as múltiplas formas de experienciar a sexualidade.

Não obstante estes resultados, a maioria dos jovens declarou ter usado preservativo, estar à vontade para convencer o parceiro a usar preservativo e recusar relações sexuais sem o mesmo. À semelhança do que foi encontrado em outros estudos, a maior parte dos adolescentes não inicia a sua vida sexual precocemente e poucos se envolvem em comportamentos de risco (Dias, Matos & Gonçalves, 2007; Kirby, 2002).

Embora seja possível esboçar uma perspectiva positiva não só destes resultados como também de outros estudos que apontam para uma melhoria nos conhecimentos dos jovens sobre VIH/SIDA e um aumento do uso do preservativo pelos mesmos (Matos *et al.*, 2002; 2006), ainda existem adolescentes (e provavelmente adultos) que não sabem correcta e convictamente quais as formas de transmissão do VIH o que pode contribuir para um maior índice de preconceitos. Os nossos resultados indicam que cerca de um quarto dos adolescentes não percebe que se pode contrair o vírus do VIH através de relações sexuais entre homens e não concorda com a hipótese de incluir uma pessoa portadora de VIH ou de assistir a uma aula ao seu lado. Estes dados para além de serem preocupantes, interpretados à luz da nossa experiência profissional, confirmam os “filtros” e a rigidez psicológica dos adolescentes com que nos temos deparado. A ausência de tolerância em relação a outras orientações sexuais (que não a hetero) e às pessoas portadoras de VIH associada à filtragem da informação (“Com SIDA pode-se morrer com uma constipação”, “Temos de usar o preservativo”) pode agravar o nível de preconceitos e discriminação. Estes resultados vão ao encontro da nossa realidade de intervenção.

Para além disso a preocupação central dos jovens consiste muito mais frequentemente na possibilidade de engravidar do que de contrair uma IST (Mcgree *et al.*, 2003). Uma percepção de baixo risco em relação à possibilidade de contrair uma infecção pode estar associada a uma curta duração dos relacionamentos amorosos

dos jovens (Tulloch *et al.*, 2004). Outra tendência do terreno é que poderá contribuir para a compreensão da falta de noção de risco, relaciona-se com a imagem que os adolescentes retêm das pessoas infectadas – a de toxicodependentes – não admitindo que uma pessoa doente não manifeste marcadamente no seu físico a doença que tem.

5. Conclusão e implicações para futuras investigações

O intuito deste estudo era proporcionar alguns dados para uma compreensão global da interacção entre alguns comportamentos de risco entre os jovens escolarizados. Pretendia apelar-se, igualmente, para a importância dos sistemas ecológicos em que os jovens se desenvolvem numa sociedade em permanente mutação. Priorizou-se a área da sexualidade, conceito na ordem do dia, e basilar no bem-estar juvenil. Considera-se que os objectivos foram atingidos sendo necessário ter atenção no que diz respeito à análise e generalização dos resultados.

Apesar de ter sido possível desenvolver este trabalho com base numa ampla amostra de representatividade à escala nacional, colocam-se algumas limitações cuja análise permitirá inferir orientações para futuras investigações. Apesar de os dados trabalhados serem relativamente recentes, dada a evolução fulminante da sociedade e das dinâmicas juvenis, seria de maior interesse a utilização de observação mais recente. Relativamente ao instrumento, o facto de ser um pouco extenso pode ter limitado a concentração e motivação dos alunos. Também o preenchimento na forma de auto-relato e num contexto “familiar” (sala de aula), pode ter interferido na fiabilidade das respostas. Embora cientes das implicações financeiras implícitas na nossa sugestão, a presença de um supervisor (psicólogo ou outro profissional) capaz de garantir a não interacção entre os alunos ao longo do preenchimento do questionário podia diminuir o “peso” significativo do método de administração (diferentes docentes) na variância dos resultados.

Na área da violência entre pares, em particular, seria útil reformular algumas questões do questionário. O *bullying* reveste-se de formas cada vez mais sofisticadas fazendo uso das novas tecnologias (através do envio de mensagens escritas, da criação de páginas na *Internet* sobre a vítima) (Aluedse, 2006; Lawrence & Adams, 2006). Desta forma, seria útil integrar questões que acompanhassem esta evolução. Ainda dentro deste fenómeno, a violência entre pares afecta não só as vítimas e

agressores como também as testemunhas/observadores (Whitted & Dupper, 2005). Uma sugestão pertinente poderia ser a de realizar estudos específicos que englobem o maior número de envolvidos no processo, de forma a perceber qual o papel de cada um e como quebrar o ciclo da agressão entre pares.

A opção metodológica de utilizar um estudo meramente quantitativo pode suscitar algumas questões pelo facto de se tratar de uma tese na área da psicologia. As questões levantadas não permitem compreender sentimentos e outras reflexões próprias da esfera mental. No entanto possibilitam a expressão de grandes tendências. Estas também são importantes e podem, como é aliás prática do Estudo HBSC, constituir um ponto de partida para a realização de grupos focais com adolescentes, no sentido de compreender os dados iniciais.

Futuramente, poder-se-ão desenvolver estudos com amostras mais recentemente observadas cujos resultados sejam interpretados à luz de estratégias metodológicas qualitativas que iluminem os significados experienciados pelos protagonistas do estudo: os jovens. Sobretudo nas questões ligadas à sexualidade, pela infinidade de determinantes, o ponto de vista dos intervenientes poderia contribuir para a compreensão das causas subjacentes aos comportamentos. As desigualdades não serão exclusivamente regionais pelo que as diferenças de género também se podiam constituir como objecto de estudo. As infeções sexualmente transmissíveis continuam a ser a segunda causa de morte mais determinante do sexo feminino (Glasier *et al.*, 2006). Fomentar a auto-estima e auto-eficácia, seguindo uma lógica de *empowerment* feminino, assim como “aumentar a motivação de ambos os parceiros para o uso de preservativo, removendo porventura, a pressão individual” (Tulloch *et al.*, 2004, p. 267) parecem continuar a fazer sentido numa perspectiva de intervenção. Na nossa óptica e com base na nossa experiência profissional, o uso do preservativo ainda não está generalizado sobretudo nos adolescentes, pelo facto de “retirar o prazer”. Assim, ainda numa lógica de intervenção/terreno, devemos ter em conta que o uso de preservativo vai de encontro à espontaneidade juvenil sendo que a inclusão da sensualidade e do pragmatismo em alternativa ao receio é uma estratégia fulcral (Vilella & Doreto, 2006).

Tendo como ponto de referência a revisão da literatura na área da sexualidade e, em particular, a evolução das definições da OMS (2000,2002) e propostas de intervenção do GTES (2007), consideramos pertinente que o estudo HBSC reflecta sobre uma eventual reformulação das questões em torno da sexualidade, uma vez que esta não se restringe à genitalidade/coito. A sexualidade

está submersa num processo de desenvolvimento emocional de grande riqueza e que também contempla a orientação sexual. Na adolescência, as variantes que constituem a actividade sexual ainda são mais abrangentes, “desde as carícias, à masturbação, ao necking e petting (carícias da cintura para cima e carícias em todo o corpo mas sem realização da cópula)” (Lourenço, 1996 *cit in* Canavarro *et al.*, 2006) o que justifica a necessidade de não reduzirmos os comportamentos sexuais à relação genital.

Ainda dentro do âmbito sexual, uma vez que se confirmou a hipótese de que a religião continua a ser uma fonte de informação relevante, sobretudo na Região do Norte, seria interessante perceber a existência de diferenças entre a vertente hedónica (espelhada nas religiões que promovem a procura da felicidade e o evitar do sofrimento) e a vertente simbólica (saída espiritual) patentes na sociedade actual (Coimbra, 2009). Seria ainda útil explorar outras formas de ligação à religião (como a frequência de catequese ou missa) para se compreender de forma mais consistente o impacto da religião nos adolescentes de hoje.

O presente estudo contribuiu para perceber que, uma ínfima parte do que são os contextos socioculturais, pode desempenhar um papel importante na adopção de comportamentos protectores ou de risco e que a iniciação sexual precoce, porventura associada a outras variáveis mediadoras, pode estar associada a uma panóplia de comportamentos de risco. No entanto, o domínio da saúde juvenil evolui permanentemente numa complexa e ambígua “idiossincracia colectiva”.

Referências Bibliográficas

- Alfaro, A., Fiffe, Y., Roche, R., Valera, A. & Sosa, D. (2007). Características sociodemográficas y del comportamiento sexual y reproductivo en adolescentes y jóvenes. *Rev Cubana Med Gen Integr*, 23 (1), 1 - 6.
- Amaral, M. & Serpa da Fonseca, R. (2005). Entre o desejo e o medo: as representações sociais das adolescentes acerca da iniciação sexual. *Rev. Esc. Enferm. USP*, 40 (4), 469 - 476.
- Aluedse, O. (2006). Bullying in Schools: A form of child abuse in schools. *Educational Research Quarterly*, 30 (1), 37 - 49.
- Archibald, C. (2007). Knowledge and attitudes toward HIV/AIDS and risky sexual behaviors among Caribbean African American female adolescents. *Journal of the Association of Nurses in AIDS Care*, 18 (4), 64 - 72.
- Bandura, A. (1986). *Social foundations of thought and action: A social cognitive theory*. Englewood Cliffs, New Jersey: Prentice-Hall.
- Bandura, A. (1997). *Self-efficacy: The exercise of control*. New York: Freeman.
- Bastien, S. (2008). Out-of school and 'at risk'? Socio-demographic characteristics, AIDS knowledge and risk perception among young people in Northern Tanzania. *International Journal of Educational Development*, 28, 393 - 404.
- Beck, U. (1992). *Risk Society, Towards a New Modernity*. London: Sage.
- Ben-Zur H. (2003). Peer risk behaviour and denial of HIV/AIDS among adolescents. *Sex Education*, 3, (1), 75 - 85.
- Bright, R. (2005). It's just a Grade 8 girl thing: aggression in teenage girls. *Gender and Education*, 17 (1), 93 - 101.
- Boer, H. & Mashamba, M. (2007). Gender power imbalance and differential psychosocial correlates of intended condom use among male and female adolescents from Venda, South Africa. *The British Psychological Society*, 12, 51 - 63.
- Bond, L., Carlin, J., Thomas, L., Rubin, K. & Patton, G. (2001). Does bullying cause emotional problems? A prospective study of young teenagers. *British Medical Journal*, 323, 480 - 484.
- Bosacki, S., Marini, Z. & Dane, A. (2006). Voices from the classroom: pictorial and narrative representations of children's bullying experiences. *Journal of Moral Education*, 35 (2), 231 - 245.
- Brofenbrenner, U. (1979). *The ecology of human development: Experiments by nature and design*. Cambridge: Harvard University Press.
- Brofenbrenner, U. (2001). *The biological theory of human development*. International encyclopedia of the social and behavioral sciences, 10, 6963 - 6970. New York.
- Caetano, L. (2005). Abandono escolar: repercursões socio-económicas na região centro, algumas reflexões. *Finisterra*, 79, 163 - 176.
- Campos, M. (2006). A mortalidade por VIH/SIDA em Portugal: alterações da estrutura etária. *Revista de Estudos Demográficos*, 38, 67 - 75.
- Canavarró, M., C., Pereira, M. & Morgado, L. M. (2006). A adolescência, a mulher e a SIDA. XI Congresso Virtual HIV/AIDS. Retirado de www.aidscongress.net em 20 de Dezembro de 2008.
- Chacham, A., Maia, M., Greco, M., Silva, A. & Greco, D. (2007). Autonomy and susceptibility to HIV/AIDS among young women living in a slum in Belo Horizonte, Brazil. *AIDS Care*, 19 (Supplement 1), S12 - S22.
- Chambers, K. & Rew, L. (2003). Safer sexual decision making in adolescent women: perspectives from the conflict theory of decision-making. *Issues in Comprehensive Pediatric Nursing*, 26, 129 - 143.
- Cleary, J., Barhman, R., MacCormack, T. & Herold, E. (2002). Discussing sexual health with a partner: a qualitative study with young women. *The Canadian Journal of Human Sexuality*, 11 (3-4), 117 - 132.
- Coimbra, J. L. (2002). Stress e indisciplina na escola: uma provocação da psicologia. *A Página*, ano 11, 112, p. 11.
- Coimbra, J. L. & Menezes, I. (in press). Society of individuals or community strength: Community psychology at risk in at-risk societies. Special issue of *The Journal of Critical Psychology, Counseling and Psychotherapy*, June, 2009.
- Coimbra (2009). Seminário de Reflexão sobre a proposta de tese de mestrado em questão. Faculdade de Psicologia e Ciências da Educação do Porto.
- Committee on Psychosocial Aspects of Child and Family Health and Committee on Adolescence (2001). Sexuality Education for Children and Adolescents. *Pediatrics*, 108 (2), 498 - 502.

- Corwin, R. F. & Benda, B. B. (2000). Religiosity and church attendance: the effects on use of hard drugs controlling for socioeconomic and theoretical factors. *International Journal for the Psychology of Religion*, 10, 241 – 248.
- Costa, E. & Leal, I. (2005). Dimensões socio-cognitivas na adesão das mulheres à contraceção. *Análise Psicológica*, 3 (XXIII), 247 – 260.
- Currie, C., Samdal, O., Boyce, W., & Smith, R. (2001). *HBSC, a WHO cross national study: research protocol for the 2001/2002 survey*. Copenhagen: WHO.
- D'Amico, E. & McCarthy, D. (2006). Escalation and Initiation of Younger Adolescents Substance Use: The impact of Perceived Peer Use. *Journal of Adolescent Health*, 39, 481 – 487.
- DGAI (2008). Violência Doméstica: Análise das ocorrências participadas às Forças de Segurança em 2008 retirado de <http://www.dgai.mai.gov.pt/cms/files/conteudos/Analise%20VD%202008.pdf> em 20 de Abril de 2009.
- Dias, S., Matos, M. & Gonçalves, A. (2007). Risco e Resiliência: comportamentos sexuais na adolescência. In *Temas Candentes em Psicologia do Desenvolvimento*, 341 – 350. Lisboa: Climepsi.
- Dias, S., Matos, M. & Gonçalves, A. (2007). Percepção dos adolescentes acerca da influência dos pais e pares nos seus comportamentos sexuais. *Análise Psicológica*, 4 (XXV), 625 - 634.
- DiClemente, R., Durbin, M., Siegel, D., Krasnovsky, Lazarus, N. & Comacho, T. (1992). Determinants of Condom Use among Junior High School Students in a Minority, Inner-City School District. *Pediatrics*, 89, (2), 197 - 201.
- Ding, C. & Hall, A. (2007). Gender, Ethnicity and Grade differences in Perceptions of School Experiences among Adolescents. *Studies in Educational Evaluation*, 33, 159 – 174.
- Delva, W., Wuillaume, F., Vansteelandt, S., Claeys, P., Verstraelen, H. & Temmerman, M. (2007). Sexual behavior and contraceptive use among youth in the Balkans. *The European Journal of Contraception and Reproductive Health Care*, 12 (4), 309 – 315.
- Durex (2008). *The face of global sex*. Retirado de <http://www.durexnetwork.org/SiteCollectionDocuments/Research%20-%20Face%20of%20Global%20Sex%202008.pdf> em 25 de Outubro de 2008.
- Feijão, F. & Lavado, E. (2006). *Os adolescentes e o álcool – Portugal 2003*. Lisboa: IDT.
- Feijão, F. (2007). Adolescentes e consumo de substâncias psicoativas: o tempo e o território enquanto factores subacentes às dinâmicas de consumo em Portugal e na Europa. *Toxicodependências*, 13 (2), 59 – 80.
- Ferreira, V.(coord), Fernandes, A., Vieira, J., Puga, P. & Barrisco, S. (2006). A condição juvenil Portuguesa na viragem do milénio: um retrato longitudinal através de fontes estatísticas oficiais: 1990 - 2005 (relatório preliminar).
- Foucault, M. (1994a). *História da Sexualidade. Volume II – O uso dos prazeres*. Relógio d'Água.
- Foucault, M. (1994b). *História da Sexualidade. Volume I – A vontade de saber*. Relógio d'Água.
- Foucault, M. (2005). *A arqueologia do saber*. Colecção Studium. Almedina.
- Frade, A. (2006). VIH/SIDA e a Mulher. Crise global, Acção global. *Fact Sheet Women and AIDS da Associação Austríaca de Planeamento Familiar*. Associação para o Planeamento da Família.
- Francis, L., Fearn, M. and Lewis, C. (2005). The impact of personality and religion on attitudes toward alcohol among 16-18 year olds in Northern Ireland. *Journal of Religion and Health*, 44 (3), 267 – 289.
- Ganczak, M., Barss, P., Alfaresi, F., Almazrouei, S., Muraddad, A. & Al-Maskari, F. (2007). Break the Silence: HIV/AIDS knowledge, attitudes, and educational needs among Arab university students in United Arab Emirates. *Journal of Adolescent Health* 40, 572.e1 - 572.e8.
- Glasier, A., Gülmezoglu, A., Schmid, G., Moreno, C. & Van Look, P. (2006). Sexual and reproductive health: a matter of life and death. *Lancet*, 368 (4), 1595 – 1607.
- Goh, D., Primavera, C. & Bartolini, G. (1996). Risk behaviors, self-efficacy and AIDS prevention among adolescents. *The Journal of Psychology*, 130 (5), 537 – 546.
- Goldman, J. & Harlow, L. (1993). Self-perception variables that mediate AIDS preventive behavior in college students. *Health Psychology*, 12 (6) 489 – 498.
- Gonçalves, C. (2000). Desenvolvimento vocacional e promoção de competências. *Comunicação apresentada no II Encontro Internacional de Formação Norte de Portugal/Galiza. Porto, 12 a 14 Outubro 2000*.
- Gonçalves, S. & Matos, M. G. (2007). Bullying in schools: Predictors and profiles. Results of the Portuguese Health Behaviour in School- Aged Children survey. *International Journal of Violence*, 4, 91 – 108.
- GTES (2007). *Educação para a saúde - relatório de progresso*. Retirado de

http://sitio.dgidc.min-du.pt/saude/documents/relatorio_progressogtes.pdf em 26 de Outubro de 2008.

- Hardy, A. & Raffaelli, M. (2003). Adolescent religiosity and sexuality: An investigation of reciprocal influences. *Journal of Adolescent Health*, 26, 731 – 739.
- Howard, D., Wang, M. & Yan, F. (2007). Psychosocial Factors Associated with Reports of Physical Dating Violence among U.S. Adolescent Females. *Adolescence*, 42 (166).
- Jolliffe, D. & Farrington, D. (2006). Examining the Relationship between Low Empathy and Bullying. *Aggressive Behavior*, 32, 540 – 550.
- Juvonen, J., Graham, S. & Schuster, M. (2003). Bullying Among Young Adolescents: The Strong, the Weak, and the Troubled. *Pediatrics*, 112 (6) 1231-1237.
- Kerr – Corrêa, F., Igami, T., Hiroce, V. & Tucci, A. (2007). Patterns of alcohol use between genders: a cross cultural evaluation. *Journal of Affective Disorders*, 102, 265 – 275.
- Kirby, D. (2001). Emerging answers: research findings on programs to reduce teen pregnancy. Washington, D.C.: National Campaign to Prevent Teen Pregnancy (Summary).
- Kirby, D. (2002). Antecedents of Adolescent Initiation of Sex, Contraceptive Use and Pregnancy. *American Journal of Health Behavior*, 26 (6), 470 – 486.
- Langille, D. & Curtis, L. (2002). Factors associated with sexual intercourse before age 15 among female adolescents in Nova Scotia. *The Canadian Journal of Human Sexuality*, 11 (2), 91 – 99.
- Lawrence, G. & Adams, F. (2006). For Every Bully there is a Victim. *American Secondary Education*, 35 (1), 66 - 71.
- Lomba, L., Apostolo, J., Loureiro, H., Graveto, J., Silva, M. & Mendes, F. (2008). Consumos e comportamentos sexuais de risco na noite de Coimbra. *Revista Toxicodependências*, 14 (1), 31 – 41.
- Matos M.G. & Equipa do Projecto Aventura Social. (2000). *A Saúde dos Adolescentes Portugueses*. Lisboa: FMH/PEPT-Saúde.
- Matos, M. G. e equipa do Projecto Aventura Social & Saúde (2003). *A Saúde dos Adolescentes Portugueses (4 anos depois)*. Lisboa: FMH.
- Matos, M.G. e Equipa do projecto Aventura Social (2006). *A Saúde dos Adolescentes Portugueses em 2006*. Lisboa: CDI/ FMH/UTL.
- Marlatt, A. (1998). *Harm Reduction: Pragmatic Strategies for Managing High-Risk Behaviors*. G. Alan Marlatt Editor. NY: The Guilford Press.
- Marques, R., Martingo, C. & Frade, A. (2007). *Saúde Sexual e Reprodutiva e VIH/SIDA: Uma questão de compromisso e de desenvolvimento*. Lisboa: APF
- Martingo, C. (2007). O VIH/SIDA e as mulheres, uma abordagem de género. *Sexualidade e Planeamento Familiar*, 44/45, 38-41.
- McGree, D., Wingood, G., DiClemente, R., Davies, S. & Harrington, K. (2003). Religiosity and risky sexual behavior in African- American adolescent females. *Journal of Adolescent Health*, 33 2-8.
- Meier, A. (2003). Adolescents transition to first intercourse, religiosity and attitudes about sex. *Social Forces*, 81, 1031 – 1052.
- Mendes, V. & Lopes, P. (2007). Hábitos de consumo de álcool em adolescentes. *Toxicodependências*, 13 (2), 25 – 40.
- Michalak, L., Trocki, K. & Bond, J. (2007). Religion and alcohol in the U. S. National Alcohol Survey: how important is religion for abstention and drinking? *Drug and Alcohol Dependence*, 87, 268 – 280.
- Moore, N. & Davidson, J. (2000). Communicating with new sex partners: College women and questions that make a difference. *Journal of Sex & Marital Therapy*, 26, 215-230.
- Neighbors, C. & O'Leary, A. (2003). Responses of male inmates to primary partner requests for condom use: Effects of message content and domestic violence history. *AIDS Education and Prevention*, 15 (1), 93-108.
- Nichols, S. (2008). An Exploration of Students' Belongingness Beliefs in One Middle School. *The Journal of Experimental Education*, 76 (2), 145 – 169.
- Olweus, D. (1993). *Bullying at school, what we know and what we can do*. Blackwell.
- Olweus, D. (1994). Annotation: bullying at school: basic facts and effects of a school based intervention program. *Journal of Psychology and Psychiatry*, 43 (7), 1171-1190.
- Organização Mundial de Saúde (OMS) (1986). Carta de Ottawa para a Promoção da Saúde. Versão Portuguesa *Uma*

conferência internacional para a promoção da Saúde com vista a uma nova Saúde pública. Ottawa, Canadá, Lisboa: Direcção-Geral de Saúde.

- OMS (2000). *Sexualidade, Planeamento familiar e Reprodução*. Coleção Informar as mulheres CIDM, 14.
- OMS (2002). Definição de sexualidade retirada de <http://www.who.int/reproductive-health/gender/sexualhealth.html> em 15 de Março de 2009.
- Osterman, K. (2000). Students' Need for Belonging in the School Community. *Review of Educational Research*, 70, 323– 367.
- Parisotto, L., Guaragna, K., Vasconcelos, M., Strassburger, M., Zunta, M. & Melo, W. (2003). Diferenças de género no desenvolvimento sexual: integração dos paradigmas biológico, psicanalítico e evolucionista. *Revista Psiquiátrica. RS*, 25 (suplemento 1), 75 – 87.
- Piko, B. & Fitzpatrick, K. (2004). Substance use, religiosity and other protective factors among Hungarian adolescents. *Addictive Behaviors*, 29, 1095 – 1107.
- Pollock, G. (2008). Youth transitions: debates over the social context of becoming an adult. *Sociology Compass*, 2: 10.1111/j.1751-9020.2008.00097.
- Poulin, C. & Graham, L. (2001). The association between substance use, unplanned sexual intercourse and other sexual behaviours among adolescent students. *Addiction*, 96, 607-621.
- Powell, A. (2007). Youth "at risk"? Young people, sexual health and consent. *Youth Studies Australia*, 26 (4), 21 - 27.
- Pulerwitz, J., Amaro, H., Jong, W., Gortmaker, S. & Rudd, R. (2002). Relationship power, condom use and HIV risk among women in the USA. *AIDS Care*, 14(6), 789-800.
- Putnam, R. (2000). *Bowling alone: The collapse and revival of American community*. New York: Simon & Schuster.
- Kupernic, G., Darnell, A. & Alvarez-Jimenez, A. (2008). Parent involvement in the academic adjustment of Latino middle and high school youth: Teacher expectations and school belonging as mediators. *Journal of Adolescence*, 31, 469 – 483.
- Ramos, P. & Rodrigues, A. (2001). Porque é diferente o PIB per capita das regiões portuguesas? *Actas do VIII Encontro Nacional da Associação Portuguesa para o Desenvolvimento Regional*, 13, 5 - 14.
- Regnerus, M. D. (2000). Shaping schooling success: religion socialization and educational outcomes in urban public schools. *Journal for the Scientific Study of Religion*, 39, 363 – 370.
- Regnerus, M. D. & Elder, G. H. (2003). Religion and vulnerability among low risk adolescents. *Social Science Research*, 32, 633 – 658.
- Reis, M. & Matos, M. (2007). Conhecimentos e atitudes face ao uso de métodos contraceptivos e à prevenção das IST em jovens. *Rev. Lusófona de Ciências e Tecnologias da Saúde*, 4 (1), 23 – 35.
- Reis, M. H. & Vilar, D. (2004). A implementação da educação sexual na escola: atitudes dos professores. *Análise Psicológica*, 4 (XXII), 737 – 745.
- Rostoksky, S., Regnerus, M. & Wright, M. (2003). Coital debut: The role of religiosity and sex attitudes in the Add Health Survey. *Journal of Sex Research*, 40, 358 – 367.
- Ruzany, M., Taquette, S., Oliveira, R., Meirelles, Z. & Ricardo, I. (2003). A violência nas relações afectivas dificulta a prevenção de DST/AIDS?. *Jornal de Pediatria*, 79 (4), 349 – 354.
- Santana, S. & Negreiros, J. (2008). Consumo de álcool e depressão em jovens portugueses. *Toxicodependências*, 14 (1), 17 – 24.
- Shercliffe, R., Hampton, M., McKay-McNabb, K., Jeffery, B., Beattie, P & McWatters, B. (2007). Cognitive and demographic factors that predict self-efficacy to use condoms in vulnerable and marginalized aboriginal youth. *The Canadian Journal of Human Sexuality*, 16 (1-2), 45 – 56.
- Simões, C. (2007). *Comportamentos de risco na adolescência*. Textos Universitários de Ciências Sociais e Humanas: Fundação Calouste Gulbenkian, Fundação para a Ciência e Tecnologia.
- Sinha, J., Cnaan, R. & Gelles, R. (2007). Adolescent risk behaviors and religion: findings from a national study. *Journal of Adolescence*, 30, 231 – 249.
- Smith, P. (2004). Bullying: recent developments. *Child Adolescent Mental Health*, 9, 98– 103.
- Sneed, C., Morisky, D., Rotheram-Borus, M., Ebin, V., Malotte, C., Lyde, M. & Gill, J. (2001). 'Don't know' and 'didn't think of it': condom use at first intercourse by Latino adolescents. *AIDS Care*, 13 (3), 303-308.
- Tamayo, A., Lima, A., Marques, J., & Martins, L. (2001). Prioridades axiológicas e uso do preservativo. *Psicologia*:

Reflexão e Crítica, 14, (1),167-75.

- Takakura, M., Nagayama, T., Sakihara, S. & Willcox, C. (2001). Patterns of health-risk behavior among Japanese high school students. *Journal of School Health*, 71 (1), 23 – 29.
- Tomás de Almeida, A. (2007). *A investigação sobre maus-tratos entre pares na escola como base para a intervenção*. In Temas Candentes em Psicologia do Desenvolvimento, 109 – 139. Lisboa: Climepsi.
- Tulloch, H., McCaul, K., Miltenberger, R. & Smyth, J. (2004). Partner communication skills and condom use among college couples. *Journal of American College Health*, 52 (6), 263-267.
- Umphrey, L. & Sherblom, J. (2007). Relational Commitment and Threats to Relationship Maintenance Goals: Influences on Condom Use. *Journal of American College Health*, 56 (1), 61-67.
- UNAIDS. (2008). Progress on implementing the Dublin Declaration on Partnership to fight HIV/AIDS in Europe and Central Asia (Geneva, Joint United Nations Program on HIV/AIDS):WHO.
- Vilar, D. & Ferreira, P. (in press). A educação sexual dos jovens portugueses: conhecimentos e fontes. Instituto Superior de Ciências Sociais e Associação para o Planeamento da Família.
- Vilella, W. & Doreto, D. (2006). Sobre a experiência sexual dos jovens. *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro, 22 (11), 2467 – 2472.
- Viner, R., Haines, M., Head, J., Bhui, K., Taylor, S., Stansfeld, S., Hillier, S. & Boy, R. (2006). Variations in associations of health risk behaviors among ethnic minority early adolescents. *Journal of Adolescent and Health*, 38, 55.e15 – 55.e23.
- Visser, R. & Smith, A. (2004). Which intention? Whose intention? Condom use and theories of individual decision making. *Psychology, Health & Medicine*, 9 (2), 193 – 204.
- Visser, R., Smith, A., Richters, J. & Rissel, C. (2007). Associations between religiosity and sexuality in a representative sample of Australian students. *Arch. Sex. Behav.*, 36, 33 – 46.
- Voisin, D., Salazar, L., Crosby, R., DiClemente, R., Yarber, W. & Staples-Horne, M. (2007). Witnessing Community Violence and Health-Risk Behaviors Among Detained Adolescents. *American Journal of Orthopsychiatry*, 77 (4), 506 – 513.
- Whitted, K. & Dupper, D. (2005). Best practice for preventing or reducing bullying in schools. *Children & Schools*, 27 (3), 167 – 175.
- Wild, L., Flisher, A., Bhana, A. & Lombard, C. (2004). Associations among adolescent risk behaviours and self-esteem in six domains. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 45 (8), 1454 – 1467.
- Wills, T., Sandy, J., Yeager, A., Cleary, S. & Shinar, O. (2001). Coping dimensions, life stress and adolescent substance use. *Journal Abnormal Psychology*, 110 (2), 309 – 323.
- Wiwanitkit, V. (2003). Knowledge about Human Immunodeficiency Virus Infection: The Perceived Risks of Infection of Thai Adolescents in a Rural Community. *Sexuality and Disability*, 21 (4), 263 – 267.
- World Health Organization (WHO). (1993). *The health of young people: A challenge and a promise*. Geneva: Author.
- World Health Organization (2005). *The European health report 2005. Public health action for healthier children and populations*. Denmark: WHO.
- Zimmer-Gembeck, M. & Helfand, M. (2008). Ten years of longitudinal research on U.S. adolescent sexual behavior: developmental correlates of sexual intercourse and the importance of age, gender and ethnic background. *Developmental Review*, 28, 153 – 224.
- www.ine.pt/ngt_server/attachfileu.jsp?look_parentBoui=43064503&att_display=n&att_download=y
<http://www.marktest.com/wap/a/n/id-98b.aspx>

ANEXOS

ANEXO I

Síntese das questões retiradas do questionário do Estudo HBSC

Do questionário **Health Behaviour in School-aged Children** construído e aplicado pela Equipa do Projecto Aventura Social e Saúde (Faculdade de Motricidade Humana/U. T.L. – Instituto de Higiene e Medicina Tropical/U.N.L.; Colaboração da Fundação para a Ciência e Tecnologia/Ministério da Ciência e Tecnologia e da Comissão Nacional de Luta Contra a SIDA) no ano de **2002** foram utilizadas as seguintes questões:

Código do investigador - Região do país com cinco opções de resposta

N.º 1 – Género com duas opções de resposta.

N.º 2 – Ano de escolaridade, com três opções de resposta (só foi utilizada a terceira opção, 10º ano).

N.º 33 – Frequência de embriaguez com cinco opções de resposta

N.º 36 – Número de vezes que se envolveu em lutas nos últimos doze meses, com cinco opções de resposta.

N.º 37 – Número de vezes que foi provocado na escola nos últimos dois meses, com cinco opções de resposta.

N.º 38 – Número de vezes que provocou outro aluno na escola nos últimos dois meses, com cinco opções de resposta.

N.º 48 – Como percebem o que os professores pensam sobre a sua capacidade escolar comparada com a dos seus colegas, com quatro opções de resposta.

N.º 49 – Como classificam o que sentem pela escola, com quatro opções de resposta.

N.º 50 – Como classificam o sentimento de segurança na escola, com cinco opções de resposta.

N.º 51 – Como avaliam a pressão com os trabalhos da escola, com quatro opções de resposta.

N.º 60 – Início da vida sexual, com duas opções de resposta.

N.º 61 – Idade de início da vida sexual, com oito opções de resposta.

N.º 62 – Utilização de preservativo na última relação sexual, com duas opções de resposta.

N.º 66 – Conhecimentos sobre as vias de transmissão do VIH, 10 afirmações (usar agulha/seringa utilizada, infectar por tossir, não usar preservativo em relação homossexual, grávida infectar bebé, infectar por abraçar, estar protegida com a pílula, aspecto saudável e infectado, infectar-se pela utilização de utensílios para comer, infectar com transfusão de sangue) com três opções de resposta.

N.º 67 – Atitudes com seropositivos, cinco afirmações (ser amigo de infectado, jovens infectados na escola, aula com colega infectado, visitar amigo infectado, infectados a viver à parte da população), com cinco opções de resposta.

N.º 68 – Classificar como se sentiria em duas situações, duas afirmações (conversar com pares sobre VIH/SIDA e IST, conversar com pais/outros adultos sobre SIDA e IST), com cinco opções de resposta.

N.º 69 – Fontes de informação/aprendizagem sobre VIH/IST, dezasseis fontes (livros/revistas, folheto, rádio, televisão, centro de saúde, médico de família, linha de informação, Internet, pais, namorado/a, amigo, irmão/ã, familiar, professor, padre, ninguém, outro), com três opções de resposta.

N.º 104 – Avaliação de como se sentiria em quatro situações (conversar com o par sobre o uso de preservativo, convencer o par a usar preservativo, recusar relações sexuais sem preservativo, recusar relações sexuais se não quiser) com seis opções de resposta.

ANEXO II

Resultados – Estadística descriptiva

Quadro 1 – Frequências de Género

Género	N	%
Masculino	757	47.9
Feminino	824	52.1
Total	1581	100

Quadro 2 – Região do país (recodificada em 2 categorias)

Região	N	%
Região Norte	650	41.1
Resto do país	931	58.9
Total	1581	100

Quadro 3 – Frequência do início das relações sexuais

	N	%
Sim	440	28.2
Não	1118	71.8
Total	1581	100

Quadro 4 – Frequência da idade da primeira relação sexual

Idade (anos)	N	%
11	45	10.3
12	28	6.4
13	36	8.2
14	98	22.3
15	145	33.0
16	87	19.8

Quadro 5 – Frequência do uso de preservativo na última relação sexual (só quem teve relações sexuais)

	N	%
Sim	315	71.8
Não	124	28.2

Quadro 6 – Frequência de embriaguez

	N	%
Nunca	930	59.3
Uma vez	261	16.7
2-3 vezes	206	13.1
4-10 vezes	99	6.3
Mais de 10	71	4.5

Quadro 7 – Frequência do envolvimento em lutas nos últimos doze meses

	N	%
Nunca	1259	80.3
Uma vez	171	10.9
2 vezes	66	4.2
3 vezes	25	1.6
4 v. ou mais	46	2.9

Quadro 8 – Frequência de bullying (vítimas) nos últimos doze meses

	N	%
Nunca	1033	65.7
Uma vez	384	24.4
2-3 vezes	49	3.1
1 vez/semana	36	2.3
Várias vezes/semana	70	4.5

Quadro 9 – Frequência de bullying (agressores) nos últimos doze meses

	N	%
Nunca	1106	70.0
Uma vez	339	21.6
2-3 vezes	44	2.8
1 vez/semana	27	1.7
Várias vezes/semana	57	3.6

Quadro 10 – Frequência da percepção da avaliação dos professores sobre a capacidade escolar

	N	%
Muito boa	81	5.2
Boa	484	30.8
Média	914	58.2
Inferior à média	92	5.9

Quadro 11 – Frequência do sentimento em relação à escola

	N	%
Gosto muito	282	17.9
Gosto pouco	853	54.2
Não gosto muito	306	19.4
Não gosto nada	134	8.5

Quadro 12 – Frequência do sentimento de segurança na escola

	N	%
Sempre	541	34.3
Frequentemente	545	34.6
Às vezes	384	24.4
Raramente	62	3.9
Nunca	45	2.9

Quadro 13 – Frequência da percepção de pressão com trabalhos de casa

	N	%
Nenhuma	201	12.8
Um pouco	424	27.0
Alguma	719	45.7
Muita	229	14.6

Quadro 14 – Síntese das frequências dos conhecimentos sobre as formas de transmissão do VIH

	Sim		Não		Não Sei	
	N	%	N	%	N	%
Agulha/seringa	1513	96.5	27	1.7	28	1.8
Tosse/espirro	115	7.3	1195	76.3	256	16.2
Rel. Homem c/ homem	1173	75.3	88	5.7	296	19.0
Grávida/bebé	1467	94.0	18	1.2	76	4.8
Abraço	30	1.9	1485	95.2	45	2.9
Pílula protege	119	7.6	1193	76.4	250	16.0
Rel.S.s/ preservativo uma só vez	1461	93.4	50	3.2	53	3.4
Parecer saudável	1253	80.8	106	6.8	192	12.1
Utensílios comer/beber	277	17.8	957	61.3	326	20.9
Transfusão de sangue	1418	91.0	42	2.7	99	6.4

Quadro 15 – Síntese das frequências sobre atitudes em relação às pessoas portadoras de VIH

	Concordo totalmente		Concordo		Não tenho a certeza		Discordo		Discordo totalmente	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
Deixar de ser amigo	32	2.0	24	1.5	210	13.4	307	19.6	992	63.4
Podem frequentar a escola	778	50.0	395	25.4	248	15.9	70	4.5	65	4.2
Assistir a aula Ao lado dela	804	51.5	419	26.9	258	16.5	34	2.2	45	2.9
Visitar amigo	997	63.8	420	26.9	110	7.0	8	0.5	27	1.7
Viver à parte	50	3.2	23	1.5	78	5.0	232	14.8	1181	75.5

Quadro 16 – Síntese das frequências do grau de conforto em relação a conversar sobre SIDA

	Muito à vontade		À vontade		Pouco à vontade		Nada à vontade		Não falo com eles sobre isso	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
Falar c/ pares	901	57.7	577	36.9	52	3.3	12	0.8	20	1.3
Falar c/ pais	534	34.3	554	35.6	315	20.2	71	4.6	84	5.4

Quadro 17 – Síntese das frequências das fontes de aprendizagem sobre VIH/sexualidade

	Sim		Não		Talvez	
	N	%	N	%	N	%
Livros/revistas	974	61.9	146	9.3	453	28.8
Folheto	1187	75.6	105	6.7	278	17.7
Prog. De rádio	696	44.3	371	23.6	503	32.0
Prog. TV	1239	79.2	75	4.8	250	16.0
Abraço	30	1.9	1485	95.2	45	2.9
Cons. Centro Saúde	559	35.6	384	24.5	627	39.9
Médico de família	486	31.0	519	33.1	565	36.0
Linha telefónica	347	22.1	683	43.6	537	34.3
Internet	869	55.4	290	18.5	411	26.2
Pais	832	53.0	275	17.5	462	29.4
Namorado(a)	935	59.8	244	15.8	385	24.6
Amigo(a)	1160	74.1	99	6.3	306	19.6
Irmão	717	46.2	476	30.7	360	23.2
Outro familiar	596	38.0	419	26.7	554	35.3
Professor	381	24.3	577	36.8	608	38.8
Padre/grupo religioso	138	8.9	1026	65.9	392	25.2
Ninguém	92	6.1	1197	79.3	221	14.6

Quadro 18 – Síntese das frequências do grau de conforto em relação à negociação

	Muito à vontade		À vontade		Pouco à vontade		Nada à vontade		Não me sinto capaz		Não sei	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
Conversar sobre uso do preservativo	687	44.9	562	35.5	151	9.9	19	1.2	13	.9	97	6.3
Convencer parceiro a usar preservativo	671	44.7	533	35.5	162	10.8	24	1.6	18	1.2	94	6.3
Recusar relações sem preservativo	734	48.9	367	24.5	150	10.0	66	4.4	59	3.9	124	8.3
Recusar relações se não quiser	839	55.2	374	24.6	115	7.6	47	3.1	31	2.0	114	7.5